

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky

**SPECIFIKA PRÁCE S DOSPÍVAJÍCÍMI PROBLÉMOVÝMI
UŽIVATELI DROG**

SPECIFICS OF WORK WITH ADOLESCENT DRUG ABUSERS

Diplomová práce

Autor: Vendula Perglerová

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Vítěčková, Ph.D.

Praha

2011

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Miladě Votavové za pomoc, profesionální přístup a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce. Dále chci poděkovat PhDr. Michaele Vítečkové, Ph.D. za ochotu a konstruktivní připomínky. Děkuji také všem svým kolegům z pracoviště Cesta Řevnice za jejich vstřícnost.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. června 2011

Anotace diplomové práce

Jméno autora:	Vendula Perglerová
Instituce:	Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra pedagogiky
Obor:	Magisterské prezenční studium pedagogiky
Název práce:	Specifika práce s dospívajícími problémovými uživateli drog
Vedoucí práce:	PhDr. Michaela Vítečková, PhD.
Počet stran:	97

Klíčová slova:

závislost, droga, dospívající uživatelé drog, terapie, případová studie

Cílem diplomové práce je porozumět mechanismům závislosti u dospívajících uživatelů návykových látek, postihnout jejich specifika a na tomto základě poskytnout vodítko k volbě účinných forem pomoci při léčbě mladistvých problémových uživatelů drog. Sleduje proces vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách. Shrnuje možnosti léčby v jednotlivých fázích vývoje drogové závislosti. Představuje konkrétní léčebný program zabývající se mladistvými problémovými uživateli drog. Empirická část popisuje pět jednotlivých případů mladistvých problémových uživatelů drog, mapuje příčiny užívání každého z nich a charakterizuje individuální obsah léčby vytvořený na jejich základě.

Thesis abstract

Author's name:	Vendula Perglerová
School:	Charles University in Prague, Philosophical Faculty, Department of Education
Program:	Master full-time study of education
Title:	Specifics of work with adolescent drug abusers
Consultant:	PhDr. M. Vítečková, Ph.D.
Number of pages:	97

Key words:

addiction, drug, adolescent drug users, therapy, case study

The aim of this thesis is to understand the mechanisms of addiction in adolescent drug users, to describe their specifics and to provide on this basis a guide to choosing effective means of help in treatment of adolescent drug abusers. It monitors the process of origination and progress of substance addiction. It illustrates possibilities of treatment in individual phases of the addiction process. It introduces a concrete treatment program targeted on adolescent drug abusers. Practical part describes five individual cases of adolescent drug abusers, examines causes of substance abuse in each of them and characterizes individual treatment approach based on them.

Obsah

Úvod.....	9
1. Závislost	11
1.1 Fenomén závislosti.....	11
1.2 Syndrom závislosti	12
1.2.1 Neurobiologie závislosti	13
1.2.2 Psychologický rozměr.....	15
1.2.3 Sociální rozměr	16
1.2.4 Spirituální rozměr	16
1.3 Problémové užívání drog	16
2. Dospívající.....	17
2.1 Specifika závislosti u dospívajících	17
2.2 Období dospívání	18
2.2.1 Pubescence	18
2.2.2 Adolescence	25
3. Vznik drogové závislosti u mladistvých.....	30
3.1 Příčiny drogové závislosti u mladistvých	30
3.1.1 Droga	30
3.1.2 Osobnost	32
3.1.3 Prostředí	40
3.1.4 Podnět	44
3.2 Etapy na cestě mladistvých do drogové závislosti	45
3.2.1 Etapa experimentování	45
3.2.2 Etapa rekreačního užívání.....	46

3.2.3	Etapa problémového užívání	47
3.2.4	Droga na plný úvazek	47
3.2.5	Drogový stereotyp života.....	47
3.2.6	Vývoj závislosti ve skupině	47
4.	Léčba mladistvých uživatelů drog.....	49
4.1	Možnosti terapie v jednotlivých fázích drogové závislosti.....	49
4.2	Struktura systému poskytované péče	50
4.2.1	Terénní programy	52
4.2.2	Nízkoprahová kontaktní centra.....	53
4.2.3	Detoxifikační jednotky	54
4.2.4	Ambulantní péče	55
4.2.5	Střednědobá ústavní péče.....	56
4.2.6	Terapeutické komunity	58
4.2.7	Doléčovací programy.....	59
4.3	Model Cesta Řevnice (Oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí)	60
4.3.1	Základní program.....	61
4.3.2	Ambulantní program.....	68
4.3.3	Prodloužený program.....	69
5.	Empirická část	70
5.1	Výzkumný problém.....	70
5.2	Cíl výzkumu	70
5.3	Výzkumné otázky.....	70
5.4	Výzkumný design.....	71
5.5	Výzkumné metody	71

5.6	Výzkumný vzorek	71
5.7	Zpracování výsledků výzkumu	72
5.8	Analýza výsledků výzkumu a jejich interpretace.....	73
5.8.1	Nina (17 let)	73
5.8.2	Martina (17 let)	76
5.8.3	Věra (17 let)	79
5.8.4	Mirek (17 let)	81
5.8.5	Filip (17 let)	83
5.9	Závěry výzkumu.....	85
6.	Závěr	88
	Seznam literatury.....	92

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá dospívajícími uživateli drog. Je zaměřena na problémové uživatele a možnosti jejich léčby. Mladí lidé, kteří se nacházejí ve fázi problémového užívání, zažívají jedno z nejnáročnějších období drogové kariéry. Užívání drog již začíná vážně narušovat jejich život, ale stále přináší pocit uspokojení. Jejich motivace ke změně je ambivalentní, opakované rozhodování o tom, zda abstinovat či ne, zvyšuje vnitřní napětí. Postupně dochází k čím dál větším problémům a odhodlání drogy nebrat je stále silnější. K realizaci rozhodnutí však již bývá nutná pomoc pomáhajících institucí. Léčbu mladistvých uživatelů drog komplikuje problém vývojových úkolů, které vyplývají z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu růstu a zrání. Jejím hlavním úkolem je obnovit normální vývoj, který drogová kariéra narušila.

Tématem mladistvých problémových uživatelů drog jsem se začala zabývat v rámci svého zaměstnání na oddělení Cesta Řevnice (Oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí). Začínat v této profesi bylo velmi těžké, mnohdy jsem se cítila velmi nekompetentně, nevěděla jsem jakým způsobem nejlépe pomoci. Proto jsem se snažila co nejvíce prohloubit své teoretické znalosti, postupně získávám i ty praktické a krok za krokem se mi daří obojí propojovat.

Cílem této diplomové práce je porozumět mechanismům závislosti u dospívajících uživatelů návykových látek, postihnout jejich specifika a na tomto základě poskytnout vodítko k volbě účinných forem pomoci při léčbě mladistvých problémových uživatelů drog. Tato diplomová práce proto může nejvíce pomoci tomu, kdo začíná bez zkušeností pracovat s dospívajícími uživateli drog. Užitečná může být všem, kteří se chtějí blíže seznámit s problematikou závislosti u mladých lidí a všem, kteří přemýšlejí o jejích příčinách a možnostech pomoci.

Teprve hlubší porozumění mechanismům závislosti a příčinám, které k ní vedou, ukazují cesty k účinné pomoci těm, kteří se s ní potýkají. Považovali jsme proto za prospěšné nejprve čtenáře seznámit se základními důvody, proč lidé drogy berou, a s důsledky, které jejich opakované užívání přináší. Sledujeme schopnost drog měnit fungování centrální nervové soustavy, oslabit sebepoznání a sebehodnocení, narušit představy o svých schopnostech a cílech, zasáhnout do blízkých osobních i pracovních vztahů. Problémy působené návykovými látkami

mají u dospívajících svá specifika, která jsou shrnuta v další kapitole. Poměrně rozsáhlá část textu je věnována vývojovým změnám a úkolům dospívání. Právě ty často významně ovlivňují rozvoj závislosti u mladistvých. Zásadní vliv pak mají na způsob jejich léčby. V následující kapitole jsou zevrubně rozebírány možné příčiny drogové závislosti u mladistvých. Důvody jejího vzniku, vývoje i udržování hledáme ve vzájemných vztazích faktorů farmakologických (droga), somatických a psychických (osobnost), enviromentálních (prostředí) a precipitujících (podnět). Dočteme se zde o hlavních účincích jednotlivých typů drog, seznámíme se s psychologickými teoriemi popisujícími osobnostní patologii vedoucí k užívání návykových látek, popíšeme rizikové rodinné situace a výchovu, zdůrazníme vliv vrstevníků a zamyslíme se nad dalšími důvody, které mladého člověka k užití drogy vedou. Další část textu mapuje etapy na cestě mladistvých do drogové závislosti od počátečního experimentování, přes víkendové užívání, až po postupnou závislost na droze a na způsobu života s ní spojeným. Důležitá je kapitola o možnostech léčby v jednotlivých fázích drogové závislosti. Popisuje strukturu systému poskytované péče v České republice a při úvahách o přiřazování nejvhodnější intervence bere v úvahu nejen to, v jaké fázi drogové závislosti se mladý člověk nachází, ale i jeho postoj k léčbě a motivaci k překonání návykového problému. Součástí této části textu je podrobná charakteristika konkrétního zařízení, jehož léčebný program se, jako jediný v České republice, zaměřuje na mladistvé problémové uživatele drog. Čtenář se zde může dozvědět, jakým způsobem jsou klienti do tohoto zařízení přijímáni, skrze které faktory se jeho pracovníci snaží klienty poznat a porozumět jejich problémům, jakým způsobem je léčba strukturována a jaká je skladba programu. Praktická část popisuje pět konkrétních případů mladistvých problémových uživatelů drog, mapuje příčiny užívání každého z nich a charakterizuje individuální obsah léčby vytvořený na jejich základě.

1. Závislost

1.1 Fenomén závislosti

Tato práce se zabývá závislostí na psychoaktivních látkách (alkohol a nealkoholové drogy). Tyto látky u člověka způsobují dočasnou změnu prožívání a jsou schopny, díky svému návykovému potenciálu, vyvolat syndrom závislosti. Základní názvosloví rozlišuje úzus psychoaktivní látky (jednorázové užití nebo opakované užívání, které nevede k žádnému poškození), dále abúzus (problémové užívání, kde dochází k nějakému tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a syndrom závislosti. Rozvoj a trvání jednotlivých stádií závisí na osobnosti a věku jedince, na prostředí, ve kterém žije, na typu drogy a míře její dosažitelnosti. „Závislost je vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky.“ (Jeřábek, 2008, s. 53).

Frouzová (2003) uvádí, že lidé, kteří berou drogy, se na nich stávají závislými hlavně pro jejich účinky, které jim buď pomáhají řešit stávající stav (např. vyhnout se fyzické i emocionální bolesti, pocitům samoty, také nudě či nízkému sebevědomí, nejistotě, pocitům selhání a bezmoci) nebo nabízí něco, po čem jedinec touží (např. přání být výkonný, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, být odvážný, dosáhnout uvolnění a radosti). Dále mluví o šesti základních nabídkách, které mají drogy k dispozici (Frouzová, 2003, s. 124):

- Umožňují dosažení pocitu větší kontroly, moci nad sebou či druhými.
- Umožňují zažít zvláštní poznání, např. zintenzivňují smyslové zážitky.
- Zbavují nepříjemného stavu jak na fyzické, tak na psychické úrovni.
- Vyvolávají slast, příjemný stav.
- Usnadňují přizpůsobení se okolí, např. vrstevníkům.
- Pomáhají při asociálním životním stylu.

Své prožívání se nějakým způsobem snaží ovlivňovat každý z nás. Většinou k tomu však používáme bezpečné způsoby. Mezi ně patří např. projevy lásky, aktivní tvořivost, vnímání přírody nebo umění apod. Rizikové jsou ty, které mění kvalitu prožívaného prostřednictvím vnějšího zdroje, jako např. televize, jídlo, alkohol či droga. Pomocí nich člověk mění své

prožívání bez vlastního úsilí.

Drogy jsou obzvláště nebezpečné tím, že působí rychle a velmi intenzivně. Tato skutečnost neobyčejně silně posiluje chuť opakovat jednání, které vedlo k téměř okamžité změně prožívání a pocitu uspokojení. Hajný (2008), inspirován Wurmserem, analyzuje bludný kruh účinku drogy, ve kterém jde o snahu měnit svůj stav mysli. Jeho mechanismus shrnuje do čtyř kroků (Hajný 2008, s. 49):

- Člověk nějakým způsobem selže. Něco se skutečně nepodaří nebo se zklame vnitřně. Zažívá silné pocity neúspěchu, smutku, má zlost na sebe i na druhé.
- Tato nálada se dále rozvíjí a prohlubuje až dojde do takového stavu, že není schopný přenést pozornost na něco jiného či se nějakým způsobem odreagovat. Důsledkem toho prožívá napětí, úzkost, zaplavuje ho psychický i fyzický neklid.
- Snaží se si pomoci a hledá rychlý, jednoduchý zdroj úlevy. Přejídá se, jde pít, aplikuje drogu apod.
- Dochází k dočasnému řešení, napětí a beznadějně myšlenky jsou pryč, přichází pocit uvolnění, klidu a štěstí. Protože ale skutečné zdroje těchto pocitů nezmizely, je tento stav pouze dočasný. K původnímu stavu se přidává vědomí dalšího selhání a pocity viny. Celý kruh se opakuje, přináší další obtíže a ničí zbytky sebezáchovných zdrojů.

1.2 Syndrom závislosti

Jak již bylo řečeno, drogy mají schopnost vyvolávat závislost. Člověk se postupně vzdává svých zájmů, vztahů s nejbližšími lidmi a nakonec i vztahu k sobě. „Dle současné definice MKN-10 se syndromem závislosti rozumí skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ (Jeřábek, 2008, s. 54) Mezi hlavní příznaky, podle kterých je syndrom závislosti diagnostikován, patří (Nešpor, 2003, s. 218):

- Velmi silná touha užívat psychoaktivní látku.
- Narušená kontrola užívání (vyšší dávky a četnost).

- Somatický odvykací stav (užívání s cílem zmenšit jeho příznaky).
- Růst tolerance.
- Zanedbávání jiných činností.
- Užívání přes následky.

1.2.1 Neurobiologie závislosti

Dvořáček (2008) hovoří o neurobiologii závislosti. Takřka v každém případě má droga psychotropní účinky a působí tak na centrální nervovou soustavu. Po užití vyvolá výraznou změnu vnímání nebo bdění. V CNS však dochází ke změnám prakticky na všech úrovních, přirozená rovnováha jejích systémů je narušena. Pokud se látka aplikuje opakovaně, stabilita v CNS se vychyluje dlouhodobě, rozvíjí se tzv. adaptační změny. Organismus se přizpůsobuje opakovanému přísunu cizí látky v mozku, vzniká nová, nezdravá rovnováha, pro jejíž udržení je nutno drogu neustále dodávat. Pokud droga chybí, rovnováha se poruší a projeví se abstinčním syndromem, který může být velmi nepříjemný, až nebezpečný a rozvíjí se závislost. Ta je často doprovázena rozvojem tzv. tolerance, kdy je pro navození účinku nutné užívat vyšší a vyšší dávky.

Jako zásadní je pro rozvoj drogové závislosti považován tzv. mechanismus pozitivního posilování. Účinek drogy je většinou vnímán jako příjemný, člověk touží jej zopakovat. Toto chování je součástí systému vedoucího k přežití druhu: uspokojení základních životních

potřeb = libost = odměna = princip pozitivního posilování. Tento mechanismus je také zodpovědný za změny v motivačních systémech závislého, jeho zájmy se postupně zúží pouze na drogu (Dvořáček, 2008).

Z výše uvedeného vyplývá, že systém odměny je původně nastaven na přirozené zdroje odměny. Drogy však považujeme za zdroje odměny umělé. Dvořáček (2008, s. 29) uvádí několik odlišností:

- Oproti tomu, co v běžném životě člověk obvykle musí vykonat, aby dosáhl pocitu libosti, je dosažení odměny pomocí drog rychlejší a jednodušší.

- Odměna je velmi silná a účinnější.
- K zastavení přijímání umělé odměny nemá organismus vytvořeny dostatečné zpětnovazebné mechanismy.

Na základě uvedených změn mozkového systému lze popsat jeho funkční projevy. V důsledku dlouhodobého upřednostňování jednoduché a efektivní strategie je paměť zaplněna informacemi o kontextu získávání drogové odměny.

„Přirozené zdroje odměny (vztahy, sex, potrava) pro komplikovanost strategií potřebných k jejich získání znevýhodněny ve srovnání s jednoduchými a rychlými strategiemi drogové odměny a postupně jsou opouštěny. Systémy podílející se na výběru komplikovaných dlouhodobých strategií přestávají být používány. Stresové systémy mají pak jako ústřední nástroj řešení nelibosti naučeno užití drogy.“ (Dvořáček, 2008, s. 33). Dále Dvořáček (2008, s. 35-37) zmiňuje možné důsledky neurobiologických změn na pojetí závislosti:

- Vznik závislosti i její ukončení jsou dlouhodobé procesy. Změny částí mozku jsou výsledkem dlouhodobého užívání, dlouhodobého upřednostňování umělého zdroje odměny a dlouhodobých úprav strategií užívaných k dosažení odměny. Proto návrat k přirozeným zdrojům odměny, k obtížnějším, ale nadějnějším strategiím, bude nutně vyžadovat dlouhodobé působení a práci.
- Ukončení užívání drog není zcela jednoduché. Původní strategie dosahování libosti byly během vývoje závislosti opouštěny a jsou bez spojení s odměnou. Drogy jsou navíc mnohem silnějším nositelem odměny. Proto se počátek léčby neobejde bez určitého tlaku. Tlakem může být míněn např. zdravotní stav nebo aktuální životní situace.
- Změny mozku jsou do určité míry vratné. Pokud není překročena určitá hranice, mozek je, jako přizpůsobivý orgán, schopen postupně se vrátit do stavu blízkého původnímu.
- Závislost je silně recidivující onemocnění. Návraty k užívání látky jsou nejčastěji spojeny buď s kontextem užívání nebo se zvládáním stresu. V paměti závislého do různé míry zůstávají informace o souvislostech, při kterých docházelo k dosahování drogové odměny. Pokud se dostane do situace, která je tomuto kontextu podobná, hrozí riziko opětovného užití látky. Druhou hlavní skupinu tvoří situace spojené se zvládáním stresu.

Proto je důležité se v terapeutickém programu soustředit jak na strategie pro získání libosti, tak na strategie vyhýbání se situacím nepříjemným a na jejich řešení.

- Závislý mozek nezvládá odložení zisku odměny. Již bylo řečeno, že dosažení odměny pomocí drog je rychlé a jednoduché, významnou roli hraje i síla odměny. Z tohoto hlediska by léčebný program měl obsahovat takové složky, které učí závislého dosahovat odměny pomaleji, s prodlevou a instrumentálně náročněji.
- Přirozené zdroje odměny jsou v závislém mozku oslabeny. Je nutné je pomocí dostatečně široké nabídky aktivit znovu objevit.
- Závislý mozek má sklon k závislosti na jakékoli droze.
- Na udržování užívání drog se podílí pozitivní i negativní posilování. Po určité době užívání drogy je původně vyhledávaný příjemný stav vystřídán snahou o vyhnutí se abstinčním příznakům.

1.2.2 Psychologický rozměr

Změny v mozku a jeho procesech se slučují s výraznými nepříznivými psychologickými důsledky (Wallace, 1999). Úzkost, strach, vnitřní napětí, nedostatek sebevědomí či vyhýbavé chování mohou být vyvolány přímo farmakologickým účinkem drog nebo mohou být výsledkem životního stylu závislého jedince. Např. nízké sebehodnocení může vyplývat z pocitů viny za důsledky vlastního chování v intoxikaci, za ztrátu zaměstnání, zájmů, partnera apod. Opakované rozpory mezi jednáním v intoxikaci a hodnotami střizlivé osobnosti mohou navíc způsobit problém s identitou a sebeporozuměním.

„Obranné mechanismy se projevují jako popření, racionalizace, projekce, zlehčování problému, vyhýbání se pocitům a odpor ke zpětné vazbě o sobě od jiných lidí. Dalšími z důsledků mohou být hostilita, výrazná sebelítost a přecitlivělost, nedostatek sebevědomí, nízká frustrační tolerance a různé obavy.“ (Wallace, 1999, s. 20)

Nadměrné užívání drog tyto negativní psychologické důsledky nebo události, které k nim směřují, na jedné straně způsobuje, na druhé mírní. Tak vzniká bludný kruh závislosti a počet obtíží neustále vzrůstá.

1.2.3 Sociální rozměr

Užívání drog také způsobuje nárůst problémů v sociální oblasti závislého. Nejprve bývají postiženy jeho blízké osobní vztahy. Rodina a nejbližší přátelé často trpí nadměrným strachem, pocity viny, lítostí, zklamáním, pocity beznaděje a bezmoci. Ty u nich mohou vyústit až ve zlost a potřebu kontrolovat nekontrolovatelnou situaci (Wallace, 1999). Závislý jedinec však ztratil dovednosti potřebné k řešení partnerských konfliktů i k udržení důvěrných vztahů. „Naučenou strategií v řešení nespokojenosti, pramenící ze vztahových problémů, je pití a konzumace drog.“ (Wallace, 1999, s. 21). Dalšími negativními sociálními důsledky závislého chování mohou být obtíže v zaměstnání či škole, nedostatek financí a s ním spojená trestná činnost, odmítání společnosti, podřadný sociální status atd. Tyto následky, a negativní pocity s nimi spojené, obvykle vedou k dalšímu užívání drog, ve kterém postižení hledají úlevu.

1.2.4 Spirituální rozměr

Nadměrné užívání drog poznamenává poznatky o sobě samém, představy o osobních cílech i způsobech jejich dosažení, narušuje soužití s ostatními lidmi. Prohlubuje tak pocity zmatku a nejistoty a vrcholí v pocitech odcizení, osamocení, vnitřní prázdnoty a ztráty smyslu života (Wallace, 1999). Tyto pocity jsou důsledkem drogové závislosti a zároveň impulsem k dalšímu užívání drog. Okamžitá úleva od nepříjemných pocitů, které závislý jedinec dosáhne pomocí drog, je sice pouze dočasná a stres po ní bývá ještě intenzivnější, ale je rychlá, a to ji zvýhodňuje před vším ostatním.

1.3 Problémové užívání drog

„Problémovým uživatelem návykových látek se rozumí osoba užívající tyto látky, která nesplňuje diagnostická kritéria závislosti na návykových látkách, a u které se projevují známky manifestačních problémů v oblasti fyzické, psychické a sociální.“ (Minimální standardy léčebné péče – nepublikováno).

2. Dospívající

2.1 Specifika závislosti u dospívajících

Zvláštnosti problémů působených návykovými látkami u dospívajících shrnuje Nešpor (Nešpor, 2006, s. 261-262):

- Hrozí těžší tělesná poškození a nebezpečnější otravy, protože nevyzrálé metabolické procesy a nízká frustrační tolerance zpomalují vyloučení návykových látek.
- Pro dospívání je navíc do značné míry typické testovat hranice, přehánět a riskovat. Tyto tendence také zvyšují riziko úrazů.
- Během dospívání dochází k vytváření nových neuronových sítí v mozku a každé poškození poznávacích funkcí návykovými látkami vede k horším studijním a později pracovním výsledkům.
- Závislost se v dorostovém věku rozvíjí rychleji. Dospívající závislí na psychoaktivních látkách bývají vývojově opožděni nebo je jejich osobnost vyvinuta nerovnoměrně. Často bývají emočně nevyzrálí a labilnější, s nedostatkem sociálních dovedností a se zhoršenou kontrolou impulzivního jednání.
- Podstatné při léčbě je brát v úvahu rodinné interakce a pokud je to možné, pracovat i s rodiči nebo jinými blízkými dospělými z okolí klienta.
- Léčbu někdy problematizuje citová subdeprivace v dětství (chudé zájmy a záliby, nedostatek pozitivních hodnot a cílů). Cílem terapie tedy není návrat do stavu před léčbou, ani pouhé překonání problému s návykovou látkou, ale další pozitivní rozvoj osobnosti.
- Osobnost dospívajícího nemá pevnou strukturu sebepojetí a hodnotové orientace, je ve svém chování více závislá na tlaku vrstevníků.
- Zásadní v léčbě bývá organizace vzdělávání, také poradenství týkající se problémových oblastí života a kvalitního trávení volného času.
- Vzhledem k nevyzrálosti dospívajících je při léčbě ve větší míře potřebná individuální péče, pozornost a emoční podpora.

- Přirozený proces zrání a posun životních hodnot, k němuž v průběhu let dochází, je spojencem terapeutických snah. V terapii jde často i o to, získat čas a překonat rizikové období.

2.2 Období dospívání

Dospívání je obvykle vymezováno jako přechodná doba mezi dětstvím a dospělostí. Je obdobím významných biologických i sociálních změn, které v životě mladého člověka navozují novou životní situaci, v níž se učí orientovat, rozumět jí a nakonec ji přijmout. S využitím myšlenek E. H. Eriksona (1999) můžeme za základní vývojový úkol dospívání považovat utváření vztahu k sobě a hledání vlastní identity. Věkové ohraničení této etapy není snadné. Vývoj každého jedince je různý, záleží např. na dědičné dispozici, temperamentu, rodinném prostředí apod. Odlišný je i vývoj chlapců a dívek. Obecně se však období dospívání vymezuje nástupem puberty, která trvá od 11 - 16 let, pokračuje obdobím adolescence a je završeno dosažením dospělosti kolem 20. roku.

2.2.1 Pubescence

První fáze dospívání je charakteristická celkovou proměnou všech složek osobnosti, která je primárně podmíněna biologicky a zároveň ovlivňována i psychickými a sociálními faktory. Mění se zevnějšek dospívajícího, způsob jeho myšlení i citění. Začíná se osamostatňovat od rodičů, uvažovat o sobě i své vlastní budoucnosti. Značně stoupá význam vrstevníků. Důležitým sociálním mezníkem je ukončení povinné školní docházky a volba dalšího způsobu vzdělávání. Všechny změny přináší pocit nejistoty, jejich zpracování představuje pro pubescenta zátěž a může být velmi náročné.

2.2.1.1 Tělesná proměna

Významným znakem dospívání je tělesná proměna. Charakteristický je zrychlený růst (výška, váha) a vývoj primárních a sekundárních pohlavních znaků. Říčan (2004) mluví o tzv.

růstovém spurtu, dočasném prudkém zrychlení růstu u dívek i chlapců, který vrcholí mezi jedenáctým a čtrnáctým rokem. Průměrná dívka vyroste asi o 9 cm a přibude 5 kg, chlapec vyroste o 10 až 12 cm a přibere kolem 6 kg. Říčan (2004) upozorňuje na významný psychologický důsledek tohoto růstového skoku. Patnáctiletý už nevzhlíží k dospělému, je s ním na stejné úrovni. Alespoň opticky již nepůsobí jako podřízený, a to posiluje jeho sebevědomí.

Mění se tělesné tvary. Rozšiřují se ramena a boky, paže a nohy zpočátku rostou rychleji než trup. Růst hrtanu a hlasivek (mutace) dá chlapecké řeči specifickou proměnlivou podobu. U dívek se na bocích a nohou ukládá vrstva podkožního tuku. U chlapců i dívek se vyvíjí typicky dospělé ochlupení, zvětšují se vnější pohlavní orgány.

Zároveň s vnějším růstem se vyvíjí i vnitřní pohlavní orgány. U dívek vaječníky zvýší produkci ženského hormonu estrogenu, začnou produkovat zralá vajíčka, přichází první menstruace. U chlapců varlata zvýší produkci testosteronu, vytvoří zralé spermie a dochází k první poluci.

„Stejně důležité jako vlastní biologické a fyzické změny je, jak jsou tyto změny vnímány a hodnoceny jejich nositeli a také jejich okolím.“ (Macek, 2003, s. 44). Vlastní zevnějšek je součástí identity a jeho změna bývá citlivě prožívána. Vágnerová (2000) uvádí, že prakticky vždy vede ke ztrátě sebejistoty. Zásadní roli zde hrají sociální reakce, které tělesnou proměnu doprovázejí. Pokud z chování lidí, s nimiž se pubescent setkává, vyplývá, že změna je spíše negativní, zhorší se i jeho sebevědomí. Také instituce, média, kultura, průmysl apod. vytvářejí sociokulturní standardy na vzhled a zpětně se stávají obsahem reflexe a sebereflexe dospívajících. Pubescent může být na své dospívání hrdý, ale může se za něj i stydět. Záleží na představě o atraktivitě zevnějšku, na psychické vyspělosti jedince a sociálních reakcích jeho okolí. Dospívajícímu, kterému je tělesná změna nepříjemná, se zvyšuje potřeba obrany, která může mít různý charakter. Může jít o popření, kompenzaci úspěšnosti v jiné oblasti nebo o hledání úniku.

2.2.1.2 Emocionalita

Hormonální změny, které podmiňují tělesné změny, zároveň ovlivňují emoční ladění. Pubescent je více labilní, jeho nálady se často mění. Sám nerozumí příčině změny vlastních pocitů, proto na ně reaguje podrážděně. Druhotnou reakcí bývá zhoršení nálady a chování, které

se projevuje větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. „Nízká frustrační tolerance, přecitlivělost a proměnlivost nálad dospívajících se stává rušivým faktorem v mezilidských vztazích a přispívá ke vzniku konfliktů. Pubescent se stává méně přijatelným, a tudíž i hůře akceptovaným. Větší četnost negativních reakcí a pocit odmítání posiluje nejistotu dospívajícího.“ (Vágnerová, 2000, s. 215). V tomto období má dospívající dojem, že ho okolí neustále pozoruje a posuzuje, je vztahovačný a citlivý na reakce ostatních lidí. Negativní informace zvyšují nejistotu a mohou vést k negativnímu sebehodnocení, zároveň však působí korektivně. Ukazují hranice nové role ve smyslu přijatelnosti určitého chování.

2.2.1.3 Kognitivní změny

Období mezi jedenáctým a patnáctým rokem je dále charakteristické změnou uvažování. Poznávací procesy se vyvíjí, myšlení již není vázáno na konkrétní realitu. Pubescent získává schopnost představit si reálně neexistující, operovat s abstraktními pojmy, kombinovat a hledat možná řešení problémů, sám sebe reflektovat. Experimentuje s pojmy z oblasti sociální, morální a duchovní. Má potřebu uvažovat o tom, jaký by tento svět a jeho život v něm měl být. K současnému stavu bývá kritický a hledá lepší varianty. Jeho schopnost uvažovat o aktuálních možnostech řešení určitých problémů se zvyšuje, a proto má tendenci tento způsob uvažování přeceňovat. Cítí se být kompetentní k vyřešení všech problémů. Stačí jen vybrat nejlepší variantu a pak se podle ní zařídit. Dospělí, kteří se chovají jinak, jsou pro něj neschopní a neupřímní.

Hypotetické uvažování zároveň vede k úvahám o vlastní budoucnosti, k plánování životních dějů a cílů. Anticipace budoucnosti, podle Vágnerové (2000), ovlivní základní psychické potřeby. Uvědomění si mnoha budoucích možností je dalším důvodem ke ztrátě pocitu jistoty a je potřeba snažit se o rozvoj takové identity, která by vyjadřovala novou, vlastní pozici ve světě. Tyto snahy jsou komplikovány vědomím nestálosti aktuálního výkonu. Výsledky, které přinášejí uspokojení teď, nemusejí být v budoucnosti tak dobré a proto je uspokojení potřeby seberealizace nejisté. Na druhou stranu, současné neuspokojení má šanci být kompenzováno v budoucnosti. Schopnost uvažovat o možnostech funguje jako naděje, jako otevření budoucnosti.

Změna v myšlení vede pubescenta k zaměření pozornosti na vlastní osobu. Je silně zaujatý vlastními úvahami, hledá něco, co by mohl považovat za trvalé. Pokud najde ideální

variantu, odmítá o ní pochybovat. Je schopen chápat a dodržovat řád společnosti, ve které žije. Jakmile ale přijme určitá pravidla, vyžaduje jejich bezvýhradné dodržování, protože jen v takové podobě mohou být zdrojem jistoty. Rozpor mezi verbálně prohlašovanými pravidly a skutečným chováním může být ohrožující. Zpochybňuje samotnou existenci pravidel a je zdrojem nejistoty. „Pubescent je radikální, jeho nechuť ke kompromisům a korekcím vyplývá z nejistoty. Jeho radikalismus je obranou proti nejasnosti a mnohoznačnosti. Není ještě tak zralý, aby uměl tolerovat určitou míru nejistoty jako trvalý a nezměnitelný stav.“ (Vágnerová, 2000, s. 221).

Svou schopnost uvažovat potřebuje také uplatnit a potvrdit tak její kvalitu. Má sklon přit se a prosazovat své radikální argumenty. Ideálními partnery k takové komunikaci jsou vrstevníci, dospělé tyto tendence obtěžují a podobným debatám se spíše vyhýbají.

Pubescent se často mylně domnívá, že jeho myšlenky, pocity a zkušenosti jsou naprosto výjimečné. Myslí si, že jeho výjimečnost mu vytváří imunitu k běžným ohrožením, že se mu nemůže nic stát. To může vést k sebedestruktivnímu jednání, např. k užívání drog s představou, že na ně nemůže získat návyk.

2.2.1.4 Rozvoj identity

Komplexní proměna dospívajícího zásadně ovlivňuje celou jeho osobnost. Je nucen se s jednotlivými změnami vyrovnat a integrovat je do smysluplného celku. Usiluje o hlubší sebepoznání, které se stává základem představy, jakým by chtěl být. Běžná je v tomto období nejistota a nespokojenost sama se sebou.

„Změna chápání vlastní identity souvisí s rozvojem poznávacích procesů.“ (Vágnerová, 2000, s. 223). Myšlení pubescenta mu již umožňuje uvažovat sám o sobě, o tom jaký je, a jaký by mohl být. Může poznávat své vlastnosti a předpoklady, pozorovat vlastní pocity a prožitky. Zároveň má potřebu se v takových zkušenostech nějak orientovat. Děje se tak nejčastěji prostřednictvím sdílení zkušeností s vrstevníky a srovnáváním s jinými lidmi.

Nejprve upoutá pozornost dospívajícího jeho fyzická proměna. Dospívající si rád prohlíží svůj odraz v zrcadle, nově objevuje svou tvář i tělo. Experimentuje s výrazy tváře i postoji těla, učí se dbát o svůj zevnějšek. Občas sám v sobě nachází zalíbení, častěji však nachází vady a jeho

fyzický vzhled je pro něj zdrojem nejistoty.

Nové pocity, myšlenky a nálady obracejí pozornost pubescenta k vlastnímu vnitřnímu světu. Jeho výklad a pochopení je obtížné, navíc ztížené proměnlivostí emočního ladění, nejistotou a nedostatkem zkušeností. V této oblasti sebepoznání vede nedostatek zkušeností pubescenta k domněnce, že nikdo nemůže mít stejné myšlenky a pocity jako on, proto mu nikdo nemůže rozumět. Potřeba orientace ho však zároveň vede ke sdílení pocitů s vrstevníky a k hledání zprostředkované zkušenosti, např. v literatuře.

Dospívající, který hledá identitu také přemýšlí o svých vlastnostech a sklonech. Vágnerová (2000) píše, že průběžně provádí jakousi jejich inventuru, přikládá jim různou subjektivní hodnotu a spojuje je do své nové totožnosti. Již chápe, že různé vlastnosti mohou být součástí jedné osobnosti, a že ostatní lidé ho mohou hodnotit různým způsobem, ale on sám může mít jiný názor. Často není spokojen a snaží se o změnu nebo rozvoj určitých vlastností.

Aktivní vytváření identity začíná hledáním nových identifikačních vzorů, a to jak ve smyslu ztotožnění, tak i odlišení. „V této fázi nabývá na důležitosti fantazijní představa sebe sama, určitý ideál, který si pubescent postupně vytváří a také jej často mění.“ (Vágnerová 2000, s. 226). Tyto představy bývají nereálné, ale pobízejí k aktivitě a realita je postupně upravuje směrem k dostupnějším variantám. K sebepoznání přispívá srovnání s jinými lidmi, aktivity vymezující pozici jedince v určité skupině a schopnost dosáhnout určitého výkonu.

Dospívající v tomto období o sobě samém pochybuje. Nejdůležitějším kritériem sebehodnocení se stává názor vrstevnické skupiny, se kterou se pubescent ztotožňuje a snaží se tak podpořit své sebevědomí. Jeho sebedůvěra závisí na jejich přijetí a ocenění. Čím je identifikace se skupinou intenzivnější, tím větší je snaha o vyjádření skupinové příslušnosti. Úprava zevnějšku, projevy chování, zájmy atd. bývají vůči zvolenému typu skupiny velmi konformní. Pokud je jedinec skupinou přijat a pozitivně hodnocen, usnadní mu to sebepřijetí.

Důležitou součástí identity je profesní role. Na konci puberty končí povinná školní docházka a je nutné zvolit typ středního vzdělání. Dospívající v tomto období je sice schopen uvažovat o budoucích možnostech, ale dlouhodobá osobní perspektiva pro něj ještě velký význam nemá. Aktuálně je zaujat problémy, které vyplývají ze změn v jeho osobnosti.

2.2.1.5 Oblast vztahů

Pubescentovo tělesné dospívání, změny v kognitivní i citové oblasti zároveň ovlivňují podobu sociálních vztahů. Nová kvalita sebeuvědomění vede ke zvýšené potřebě potvrdit si vlastní hodnotu. Vztahy k rodičům a dalším autoritám ovlivňuje snaha o zrovnoprávnění vlastní pozice. Ve vztahu k vrstevníkům jde především o vlastní zhodnocení.

Změna ve vztahu k rodičům i ostatním autoritám souvisí s celkovou proměnou osobnosti. Dospívající přemýšlí o názorech, rozhodnutích a chování autorit. Pochybuje o nich a hledá jiné, pokud možno lepší možnosti a řešení. Autoritu odmítá, kritizuje a hlavně s ní diskutuje. Potvrzuje si tak své schopnosti a dosahuje pocitu, že se jí dokáže vyrovnat. Tyto rozhovory bývají často zdrojem konfliktů. Pubescent neustále argumentuje, svá tvrzení dokola opakuje, není ochotný naslouchat a názor dospělých považuje za zastaralý a hloupý. Jeho reakce navíc bývají vztahovačné a přecitlivělé. Dospělé takový styl komunikace často unavuje a obtěžuje, proto ho odmítají. Podrážděnost, hádavost, nejednoznačnost a nejasnost v chování dospělých představují zdroj ohrožení a zvyšují vázanost na vrstevnické skupiny.

Aby se osobnost dospívajícího mohla dále vyvíjet, je nutné postupné uvolňování rodinných vazeb. Zpočátku se může zdát, že pubescent své rodiče odmítá absolutně, ale je to jen projev potřeby překonat závislost, odlišit se a potvrdit tak sám sebe jako samostatnou bytost. Nejde o přerušení vztahů, ale o jejich změnu. Pocit jistoty a bezpečí, který by měla rodina dávat, je stále důležitý a v situaci nějakého subjektivního ohrožení nabývá na významu. Počáteční zpochybnění rodičovských hodnot a norem, odmítání jejich rad, prosazování jiného názoru za každou cenu je podle Vágnerové (2000) výrazem strachu před návratem do dětské role. Pokud navíc rodiče nejsou ochotni přijmout proměnu svého potomka, např. ho nadměrně kontrolují, zvyšují jeho tendenci k úplnému odtržení a hledání vazeb mimo rodinu. Pubescent není dost zralý, aby chápal motivaci rodičů k určitému jednání, ani aby k nim byl tolerantní. Pochopení a tolerance musí přijít z jejich strany. Dospívající bere jako úspěch jakýkoli ústupek, potvrzuje si tak své kvality.

Osamostatnění od rodičů usnadňuje dospívajícímu orientaci na vrstevnické vztahy, které snižují nejistotu a poskytují prostor pro další vývoj osobnosti. Jsou prostředkem k hledání a ujasňování vztahu k sobě samému. Prostřednictvím sdílených názorů, pocitů a vzorců chování

stabilizuje vrstevnická skupina dospívajícího v procesu fyzických, psychických a sociálních změn. Umožňuje mu tak uvědomit si, že tyto změny neprožívá sám a porovnávat vlastní zkušenosti se zkušenostmi vrstevníků. To přispívá k pochopení sebe sama i ostatních. Členství ve vrstevnické skupině také umožňuje zkoušení různých variant chování, střídání sociálních rolí, testování sama sebe. Jedinec si zde prověřuje různé strategie, učí se odlišným způsobům chování a sebepojetí. Důležitá je přitom zpětná vazba a akceptace ze strany vrstevníků. Proto se zvyšuje konformita k vrstevnické skupině. Ta se projevuje různými způsoby od úpravy zevnějšku až po nové hodnoty a upřednostňovaný styl života. Vrstevnická skupina také stanovuje určité sociální normy, jejichž dosažení slouží jako potvrzení určité úrovně vyspělosti. Vágnerová (2000, s. 245) je charakterizuje jako „už může a dělá...“ a „všichni už...tak já také musím“. O vrstevnickou konformitu se opírá pocit vlastní hodnoty většiny dospívajících. „Ti, kteří jsou pozitivně hodnoceni od svých vrstevníků, mají obvykle vyšší sebehodnocení než ti, kteří jsou hodnoceni méně pozitivně.“ (Macek, 2003, s. 58) Ti, kterým se nedaří dosáhnout uspokojivé míry akceptace hledají jiné způsoby chování. Mohou se stát ještě více konformnější ke skupině, ke které v současné chvíli chtějí patřit a jsou pro to ochotni udělat téměř cokoli. Nebo hledají takovou skupinu, která by je přijala. Skupinová konformita s přibývajícím věkem postupně klesá, dospívající se postupně ke skupině více kritický.

V období dospívání je také důležitý blízký přátelský vztah. Přítel pomáhá v osvobození z podřízeného postavení v rodině, poskytuje určitý druh jistoty a bezpečí. Je možné mu s důvěrou svěřit různé pocity, názory, zkušenosti a společně je sdílet. Dobrý přítel umí naslouchat, poskytnout podporu a je možné mu důvěřovat. Vágnerová (2000) uvádí, že dospívající dává přednost příteli, který se mu v mnoha oblastech podobá. Usnadňuje si tak vzájemné porozumění a vztah přináší více uspokojení. Dále tvrdí, že dospívající, který má blízkého přítele, je sám se sebou spokojenější a dovede si lépe získat přátele mezi vrstevníky. Přátelský vztah je obměnou emoční vazby na rodiče a později ho do jisté míry nahradí vztah partnerský.

První partnerské vztahy jsou většinou platonické a krátkodobé. Motivem k jejich navazování často bývá zvědavost a potřeba prokázat své sociální kompetence mezi vrstevníky. Navazování partnerských vztahů může být projevem konformity ke skupinovým standardům a výrazem potřeby ujistit se o vlastní ceně a přitažlivosti. První zamilovanost se projevuje idealizujícím obdivem milující osoby a touhou po její přítomnosti. V oblasti sexuálního chování

jde zpočátku především o získání informací v teoretické rovině. Pubescent tak překonává nedostatek zkušeností a z něj vyplývající nejistotu. Sexuální aktivity obvykle začínají autosexuálními praktikami, také lehkým pettingem. Pokud jde o pohlavní styk, Macek (2003) uvádí, že věk prvního koitu souvisí s celkovým životním stylem. Dospívající s rizikovým chováním tak, podle něj, začínají s pohlavními styky dříve a jsou více promiskuitní.

2.2.2 Adolescence

Druhá fáze dospívání je typická především psychosociální proměnou osobnosti. Biologická kritéria již nejsou tak důležitá, mění se zejména osobnost a sociální pozice. Dospívající adolescent hledá sám sebe, smysl svého života i života vůbec. Experimentuje, zjišťuje své možnosti a meze, ověřuje si, co dokáže. Důležité je uvažování o vlastní budoucnosti, o osobních plánech a cílech. Vztahy s rodiči i jinými autoritami se zklidňují, velmi významné jsou vrstevnické vztahy. „Přechodné období adolescence má za úkol poskytnout jedinci čas a možnost, aby dosáhl předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje.“ (Vágnerová, 2000, s. 254). Problém bývá nerovnoměrné tempo biologického, psychického a sociálního vývoje, nejasná definice dospělosti a neochota mnoha adolescentů stát se samostatnou a zodpovědnou dospělou osobností. Ukončení tohoto období je spojeno s dalším významným sociálním mezníkem, nástupem do zaměstnání.

2.2.2.1 Tělesný vývoj

Tělesný vývoj v tomto období je téměř ukončen, postava dospívajícího získává dospělé proporce. Chlapci ještě vyrostou do výšky, jejich svalstvo zmohtne a hlas se vyrovná. Dívkám rostou hlavně ňadra a boky. „Vlastní tělo je nyní předmětem pozornosti, snad ještě více než v pubescenci.“ (Říčan, 2004, s. 194). Adolescent je vlastním tělem i celkovým vzhledem velmi zaujatý. Srovnává se s vrstevníky i se současně přijímaným ideálem ve společnosti. Pokud tělové schéma odpovídá aktuálnímu vzoru krásy, podporuje lepší sebehodnocení a pocit sebejistoty. Může se stát nejdůležitější oporou vlastního sebevědomí. Sociokulturní standart vysoké hodnoty mládí a fyzické krásy podporuje pocit, že atraktivní jedinec bude sociálně přijat a dosáhne

společenského uznání pouhou svou existencí, bez nutnosti dalších kompetencí. V případě, že je jedinec nějak tělesně nebo esteticky handicapován, je ohrožen zvýšenou nejistotou a negativním sebehodnocením, které navíc může být sociálně posilováno. Prostředek k dosažení sociální akceptace a uspokojujivé prestiže pak musí hledat v jiné oblasti.

2.2.2.2 Emocionalita

V průběhu adolescence odezní pubertální náladovost a labilita. Zvyšuje se schopnost vnímat a rozlišovat emocionální odezvy na různé podněty. Tyto emoce a city jsou charakteristické vyšší stálostí, snadněji se integrují do stabilizující se osobnosti a pomáhají tak v řízení vlastních reakcí. Velmi důležité v adolescenci bývají emoce a city související s partnerskými vztahy.

2.2.2.3 Kognitivní vývoj

Vývoj poznávacích procesů byl v podstatě ukončen v pubescenci. Žádné zásadní nové myšlenkové operace si adolescent osvojit nemůže, protože neexistují. Své myšlení však s přibývajícími zkušenostmi zdokonaluje. O problémech uvažuje a preferuje nové a netradiční způsoby jejich řešení. Zkušenosti jiných ještě neakceptuje, proto někdy opakuje chyby, které se zdají být již překonány. Sbírá tak vlastní konkrétní zkušenosti, které je schopen dobře reflektovat a použít při dalším řešení. Je stále víc schopen uvažovat jako dospělý. Podle Macka (2003) také postupně přibývá vědomí možných rizik, zvažování důsledků a tendence konzultovat rozhodnutí s odborníky. To souvisí se zvýšenou potřebou být výkonný a oceňovaný.

2.2.2.4 Vývoj identity

Adolescent se postupně vyrovnává s fyzickými změnami, přijímá svůj celkový tělesný vzhled jako neměnný. Jeho emoční rozkolísanost se zklidňuje. Postupně obnovuje vztahy s rodiči. Již dosáhl určité samostatnosti, ale ještě se necítí být plně odpovědný za vlastní život. Uvědomuje si svou přetrvávající závislost na rodičích. To v rodině vede k vytvoření nových

pravidel soužití. Sebehodnocení adolescenta již není tolik závislé na vrstevnické skupině. Důležitější jsou kompetence a výkon v oblasti, která je pro něj důležitá. Již o svých schopnostech nepřemýšlí, ale testuje je. Nevytváří si pouze fantazijní představy o tom, jaký by chtěl být, ale aktivně se snaží nějaký být. Experimentuje, metodou pokusu a omylu hledá nezávazně svou cestu. Zpočátku ještě přetrvává pocit imunity vůči rizikům. Hledání varianty, která by nejlépe vyhovovala, má postupně vést k přijímání určitých závazků. Dospět znamená rozhodnout se pro určitou variantu, nést zodpovědnost za své rozhodnutí a z něj vyplývajícího jednání. Dospělost, spojená s takovým omezením a odpovědností, mnohé adolescenty neláká. Mohou mít pocit, že na úkoly, které jsou před ně kladeny, nestačí. „Snaží se tuto dobu oddálit, čímž se dostávají do mezifáze adolescentního moratoria.“ (Vágnerová, 2000, s. 266). Moratoriem může být vše, co dospívajícímu umožní dokázat, že ještě nepřišel čas být plně samostatný a odpovědný sám za sebe. Může se tak např. plně oddat studiu či nějakému zájmu s tím, že na ostatní vztahy a vývojové úkoly nemá čas. Pokud se identifikuje členstvím v partě, nemusí být samostatnou osobností a hledat individuální identitu. Jako drogově závislý vyžaduje péči a nemůže být vystaven nárokům samostatnosti a odpovědnosti. Moratorium může také znamenat neustálé odkládání závažnějších rozhodnutí na pozdější dobu.

K adolescenci patří uvědomělé a samostatné hledání hodnotového zakotvení. Míra prožívané smysluplnosti závisí na tom, jak se k adolescentovi, jeho činům a vyhlídkám, staví jeho nejbližší, také na tom, jak si on sám dokáže zvolit a uskutečňovat smysluplné aktivity, úkoly a cíle. Záleží na tom, zda se v jeho praktickém životě objevují věci, které mu stojí za snahu. Velké množství experimentů s různými sociálními rolemi a vztahy může vést k dezorientaci v sobě samém a následné ztrátě motivace k veškeré aktivitě. Adolescent ztratí smysl veškerého konání. Má pocit, že mu nezbyvají žádné možnosti a jakékoli jeho úsilí je marné. Také reálné sebepoznání, uvědomění si svých vlastností a možností, rozporu mezi ideálem a skutečností, může někdy vést ke ztrátě smyslu. Dospívající o sobě ztrácí iluze, cítí se být nedostatečně kompetentní, jeho sebevědomí se snižuje. K zážitku bezcennosti vlastního snažení, popřípadě i sebe samého, přispívá i ignorování a devalvování nejbližšími osobami. V takové chvíli se pak mnohdy identifikuje s jakoukoli oblastí, kde je schopen podat nějaký výkon, za který ho někdo ocení. Často to bývá něco, co je ze společenského hlediska nežádoucí.

2.2.2.5 Oblast vztahů

V období adolescence by měl mladý člověk dokončit proces osamostatnění se od rodičů. Vztahy mezi nimi se postupně uvolnily, dospívající již nemá tak velkou potřebu demonstrativně potvrzovat svou samostatnost a je schopen určitých ústupků. Své rodiče ještě kritizuje a polemizuje s nimi. Jeho kritika má ale zcela jiný charakter než v pubescenci. Adolescent si chce sám vybrat hodnoty a normy, které přijme a bude se snažit podle nich žít. Rodiče při tom prezentují určité hodnoty a představují jednu z možností určitého způsobu života. Dospívající potomek tyto hodnoty a styl života porovnává s ideálem, který si vytvořil v pubescenci. Na základě svých zkušeností a úvah hledá jejich subjektivní smysl. V diskuzích s dospělými adolescent hledá informace. Vylučuje, co je pro něj nepřijatelné a vytváří si přesnější představu vlastního budoucího životního stylu. Rodiče by měli akceptovat osamostatnění adolescenta. Pokud jsou schopni uznat své nedostatky a logickými argumenty obhajovat své stanovisko, pomohou mu v hledání více, než radami.

Jako model slouží dospívajícímu i ostatní autority. Také s nimi polemizuje a ujasňuje si tak vlastní názory. „Adolescenti často hledají dospělého, který by jim imponoval, představoval přirozenou autoritu a bral je vážně, jako stejně hodnotné partnery. Potřebují, aby jim poskytl potřebnou korekci jejich názorů a projevů.“ (Vágnerová, 2000, s. 283). Akceptovaná autorita dospívajícímu v procesu hledání vlastního budoucího zaměření poskytuje podporu a odstraňuje nejistotu.

Emancipaci od rodiny a postupné osamostatňování umožňují dokončit vztahy s vrstevníky. Ty postupně nahrazují rodinu v oblasti uspokojování některých základních psychických potřeb. V průběhu adolescence se vztah k vrstevníkům mění. Závislost na vrstevnické skupině se zmenšuje, na významu nabývají blízcí přátelé a partneři.

Adolescent s vrstevníky sdílí společnou zkušenost a s ní spojený prožitek. Společně experimentují v oblasti řešení různých situací a učí se potřebné sociální strategie. Vrstevníci adolescenta vedou k uvědomění si své podobnosti či odlišnosti od ostatních. Vzájemné porovnávání zlepšuje sebepoznání. V tomto období se již dospívající více spoléhá na vlastní názor a vrstevnické skupině dovede vyjádřit nesouhlas. Jistotu adolescenta posilují blízcí přátelé prostřednictvím pocitu vzájemného pochopení a akceptace. Ti jsou vybíráni na základě určitého

souladu. Podobně zaměřený kamarád má obdobné zkušenosti, potřeby i problémy. Tato shoda umožňuje jejich společné sdílení a společná řešení.

Partnerské vztahy již nejsou tak povrchní jako v pubescenci. Vágnerová (2000) uvádí potřebu partnera opačného pohlaví jako skutečnou potřebu, která má psychickou, sociální a tělesnou úroveň. Vztah lásky lze, podle ní, chápat jako projev potřeby sebepoznání. Dominuje pocit zamilovanosti, který je záležitostí především individuálních prožitků zaměřených na jinou osobu. Partner je především objekt, do kterého jsou projikovány přání a představy zamilovaného. Důležité je také řešení problému, jak milovanou bytost získat, jak upoutat její pozornost, o čem se bavit, co si obléknout apod. Přitom však stále ještě nejde o skutečnou realizaci trvalého vztahu, ale o získávání zkušeností, o experiment. Adolescent ještě není pro trvalý vztah zralý, jeho lásky se po určité době rozpadají. Přesto díky nim může získávat uspokojení v oblasti seberealizace. Prezencí atraktivity partnera před vrstevníky získá určitou sociální prestiž, potvrdí tak svou vlastní kvalitu a získá větší sebejistotu. Sociální význam má i první sexuální styk, který se stává běžnou součástí adolescentních partnerských vztahů. Je chápán jako další důkaz vyrovnání se dospělým a může přispívat k prestiži jedince ve skupině. V tomto období se může objevit tendence se sexuálními zkušenostmi experimentovat. Říčan (1990) mluví o tzv. polygammím stadiu sexuálního vývoje, ve kterém jde o získávání zkušeností s různými partnery a zároveň o sebepoznání.

Dospívání, jako přechodné období přípravy na dospělost vzniklo v rámci civilizačních změn. Nejednoznačná role dospělého vedla ke vzniku pojetí dospívání jako volného prostoru, který má být zaplněn procesem sebedefinování. Určitá relativizace norem a hodnot vedla k posílení významu vlastní autonomie. Mladý člověk získal poměrně dlouhý čas k experimentování se sociálními rolami a sociálním chováním, na jehož konci by měl být připraven přijmout zodpovědnost za samostatně zvolený způsob života. Různorodost prožitků, hodnot, smyslu a vysoká míra individuální svobodné volby mezi nimi však často vede k pocitům nejistoty a nestability. Proto někteří dospívající zdůrazňují důležitost aktuálního prožitku, preferují rychlé a intenzivní zážitky a dlouhodobé závazky odkládají či úplně odmítají.

3. Vznik drogové závislosti u mladistvých

3.1 Příčiny drogové závislosti u mladistvých

Drogová závislost je složitý jev, který nelze vysvětlit jedinou příčinou. Důvod jejího vzniku, vývoje, udržování a případně jejího konce můžeme hledat ve složitých vzájemně příčinných vztazích mnoha faktorů. Urban (1973, s. 29) rozděluje tyto faktory do čtyř tříd:

- Faktory farmakologické (droga).
- Faktory somatické a psychické (osobnost).
- Faktory enviromentální (prostředí).
- Faktory precipitující (podnět).

Tento bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi drogou, jejím uživatelem, prostředím, ve kterém ke vzájemnému působení dochází, a faktory, které mohou fungovat jako spouštěče.

3.1.1 Droga

Pojmenovat drogy obecně není snadné, protože člověk se může stát závislý na látkách nejrůznějšího druhu, také na činnostech nebo osobách. Ve shodě s Urbanem (1973) můžeme říci, že droga je schopná (více či méně obvykle) u člověka vyvolat návyk či psychickou, fyzickou anebo obojí závislost. Urban (1973) hovoří o návykovosti drogy jako o schopnosti vyvolat tento návyk či závislost. Návykovost chápe jako kvantitativní i kvalitativní znak. Z kvantitativního hlediska je jím označována jako vlastnost, kterou nějaká droga může mít ve větší či menší míře (velký či malý návykový potenciál). Z kvalitativního hlediska záleží na osobnosti člověka, na individuální citlivosti vůči účinku určité drogy, také na anticipaci jejího účinku a očekávaném efektu. Dále také závisí na množství požití látky, její čistotě a způsobu užití. Některé drogy mohou vést k závislosti psychické, jiné k závislosti psychické i fyzické. Dodejme, že druhou základní vlastností drogy je její psychotropní efekt. Mění naše prožívání a způsob vidění světa. „Rozdělení drog podle účinku na psychiku bere v úvahu vždy hlavní účinek látky v běžně zneužívaných dávkách.“ (Minařík, 2008, s. 339).

3.1.1.1 Tlumivé látky

Tlumivé látky (benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty, těkavé látky) celkově zklidňují a uvolňují, bývají doprovázeny příjemnou euforií. Příjemné bývá pasivní prožívání okamžiku, spojené s odstraněním naléhavosti problémů běžného života. Vyšší dávky navodí ospalost až spánek, který se může prohlubovat do kómatu a může dojít k zástavě životních funkcí. U tlumivých látek po čase vzniká pevná psychická i fyzická závislost.

3.1.1.2 Psychomotorická stimulancia

Psychomotorická stimulancia (pervitin, kokain) člověka celkově povzbudí, zbaví ho únavy a urychlí myšlenkové tempo. Základem je pocit zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, dobré nálady, aktivity a podnikavosti se zvýšeným sebevědomím. Doprovodným příznakem je pokles až ztráta chuti k jídlu provázená výrazným hubnutím, také snížená potřeba spánku. Po určité, individuálně různě dlouhé době, dochází prakticky u každého uživatele k zásadním proměnám psychiky (rozvoj paranoidního či paranoidně-halucinogenního syndromu v rámci vznikající toxické psychózy). Uživatel trpí pocity pronásledování a ohrožení, má strach a jeho prožívání je úzkostné. Ze somatického hlediska může dojít k přetížení krevního oběhu a hrozí riziko selhání srdce. U látek tohoto typu rychle vzniká silná psychická závislost. Fyzická závislost není uváděna.

3.1.1.3 Halucinogeny

Halucinogeny (kanabis, LSD, psylocybin) vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po halucinace. Účinky závisí na užití látky a dávce a osobnosti jedince, na jeho aktuálním stavu a psychickém a fyzickém rozpoložení. Hlavním očekávaným účinkem je dosažení uvolnění, pocitu pohody a klidu spojeného často s euforií, smíchem a zvýrazněným vnímáním okolí (zostření barev, chuti, zvuků), zvýšení fantazie. Někdy je žádoucí ponoření se do vnitřního prožitkového světa nebo hluboce prožívané sepětí s přírodou a porozumění jejího dění. Intenzita změny však může vyvolat nepříjemné prožitky vedoucí k návalům masivní úzkosti, paniky,

paranoi, derealizace a depersonalizace. Mezi další nežádoucí účinky patří poruchy paměti a koncentrace, snížená denní aktivita, poruchy spánku. Látky této skupiny vyvolávají slabou psychickou závislost, somatická závislost zde nevzniká.

3.1.2 Osobnost

V zásadě lze říci, že vznik drogové závislosti je možný u každého člověka. Rozdíly mezi lidmi jsou v pravděpodobnosti jejího vzniku či ve sklonu k ní. „Jistě je možno dát za pravdu Vondráčkovi, který napsal, že mnoho lidí je velmi odolných, žijí v nepříznivém prostředí, jsou vydáni psychické infekci, s drogou se seznámili, mají k ní snadný přístup a přece se toxikomany nestanou.“ (Urban, 1973, s. 40). Názory na to, které osobnostní rysy a dispozice vedou k abúzu návykových látek, jsou velmi pestré a neexistuje v nich odborná shoda. Většina autorů však chápe látkovou závislost jako pokus o obranu a regulaci snížených schopností a deficitů. Svoboda s Habánovou (in Kalina et al., 2008) např. našli u mladistvých uživatelů drog problémy se sebehodnocením, sebedůvěrou a v rovině ideálního „já“, sníženou odolnost vůči stresu, rozpory v hodnotovém systému, zvláštní typy interpersonálního chování a menší stupeň zodpovědnosti. Dále vedme některé faktory zvyšujících riziko problémů s návykovými látkami a souvisejících s osobností mladistvého, které nabízí Nešpor (2001): problémy s návykovými látkami u předků, komplikovaný porod, těžký úraz hlavy, slabá nebo žádná „kocovina“, chronická traumatizace (dítě dlouhodobě týráno, pohlavně zneužíváno nebo šikanováno), špatné sebeovládání, poruchy pozornosti s nadměrnou aktivitou, nižší inteligence, setkání s návykovou látkou v mladém věku, chronické onemocnění (zejména pokud je bolestivé), neschopnost zvládat stresové situace, chybějící sociální dovednosti, neschopnost čelit sociálnímu tlaku, nízké sebevědomí, chybějící osvojení dobrých hodnot, neschopnost si vyvolat příjemný stav zdravými způsoby, malá odolnost vůči neúspěchu a zklamání (nízká frustrační tolerance), sklon k sebelítosti, depresím atd. Presl (1995, s. 50) řadí predisponované osobnosti obecně do dvou hlavních skupin:

- Osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, často s pocity nedostatečnosti vůči svému okolí, u kterých může být významné setkání s drogou stimulačního typu.
- Extrovertní osoby se zvýšenou aktivitou, sníženou schopností koncentrace, sklony k impulzivitě a dramatizování spolu se zvýšenou sebestředností, pro které bývá

významným zážitkem setkání s drogou tlumivého typu, především s opiáty.

Osobnostní patologie vedoucí k užívání návykových látek se v odborné literatuře dále popisuje pomocí psychologických teorií. Podrobněji se zde budeme zabývat psychoanalytickými koncepcemi, behaviorálním výkladem a logoterapeutickým pojetím.

3.1.2.1 Psychoanalytické teorie

Podle Frouzové (2003) psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek zahrnují nevědomý konflikt, nedostatky a deformace intrapsychických struktur a vnitřních objektních vztahů. Vycházejí při tom buď z pojetí pudů a jejich zvládání nebo ze vztahů s druhými lidmi. Uvedme několik psychoanalytických autorů a jejich přístupů.

U tradiční psychoanalytické koncepce pudové teorie zůstává Wurmser (in Leeds, Mongersten, 1999). U látkově závislých jedinců zdůraznil kruté super ego, které je ničí příliš vysokými požadavky na sebe, sebetrestáním či výčitkami a hrozí, že je zaplaví pocity bolesti, úzkosti a strachu. Užívání návykových látek má posloužit k úniku před těmito emocemi a omezit sílu vnitřní autority. Wurmser (in Leeds, Mongersten, 1999) se domnívá, že kruté super ego pochází z traumat z raného dětství, jako je např. vystavení násilí, sexuální zneužívání nebo odtazitost a opuštění rodičů. Tyto události, podle něj, vedou také k nepřátelství vůči autoritě, rebelantství a vzdorovité neposlušnosti. Wurmser (in Leeds, Mongersten, 1999) upozorňuje, že při léčbě těchto osob je moralistický postoj k chování závislých kontraproduktivní, protože problém není v tom, že by měli málo super ega, ale mají ho naopak příliš mnoho.

Khantazian (in Leeds, Mongersten, 1999) spatřuje podstatu problému osob, které užívají návykové látky, ve slabých stránkách a nedostacích ega. Podle něj, jde o to, jak se jedinec chrání, usměrňuje, jak o sebe pečuje, a jak o sobě přemýšlí. Nedostatečné rozvinuté nebo deficitní psychologické (ego) struktury mohou být vrozené i získané a vedou k vyhledávání určitého účinku drogy, která je kompenzuje. Skupinová terapie vytvořená Khantazianem (in Leeds, Mongersten, 1999) a jeho kolegy se zaměřuje na osobnostní rysy ovlivňující užívání návykových látek a věnuje se schopnosti přijímat a vzdorovat citovému rozrušení, budování sebeúcty, diskusi o interpersonálních vztazích a práci na jejich zlepšení, vytvoření vhodných osobních strategií zaměřených na to, jak se chovat mezi dalšími závislými.

Krystal (in Leeds, Mongersten, 1999) nabízí dvě teorie zdůvodňující užívání návykových látek. Obě předpokládají vážné narušení v raném vývoji. Názor vycházející z teorie objektních vztahů očekává narušení symbiotického vztahu k matce, což vede k touze po sjednocení s ideálním objektem, která však současně přináší hrůzu z možných zranění. A tak se napjaté, nestabilní osobní vztahy, zlostné chování, problémy s péčí o sebe samého a nutkání užívat návykové látky stávají součástí životního stylu. Druhá Krystalova (in Leeds, Mongersten, 1999) teorie se věnuje narušeným afektivním funkcím. Domnívá se, že lidé užívající drogy nedokáží rozeznat a prožívat jednotlivé emoce, jako je smutek, radost, zlost, štěstí apod. Místo toho pociťují celkový stav vzrušení a napětí. To jim znesnadňuje chápat sebe samého, nedokáží rozpoznat smysl takových stavů a již jen jejich samotná existence se pro ně stává zdrojem úzkosti. Proto se je snaží vyloučit, aby dosáhli uklidnění a uvolnění. Při léčbě upozorňuje zejména na nebezpečí přenosu, který by se mohl stát nezvladatelný a doporučuje soustředit se na zlepšení vztahu k sobě a toleranci afektů. Za velmi důležitou považuje analýzu ambivalence a agresivity, které klient odehrává prostřednictvím drog.

McDougall (in Leeds, Mongersten, 1999) považuje všechny obměny závislého chování za psychosomatické. Psychosomatické jevy jsou případy fyzického poškození nebo nemocí, ve kterých hrají důležitou roli psychologické faktory. Jsou obranou proti nevědomým emocím a strachům. Např. strach ze ztráty pocitu identity nebo kontroly nad svými skutky by byl vnitřně prožíván jako bolestivý nebo nebezpečný, a tak se namísto toho projeví navenek a je považován za nepodstatný. Závislost je způsob, jak se vyhnout vnitřním pocitům prázdnoty, které jedince ohrožují. Co se týče léčby, McDougall (in Leeds, Mongersten, 1999) upozorňuje, že obrana proti vnitřnímu životu z ní činí obtížný a zdlouhavý proces. Pozornost je, podle této teorie, potřeba věnovat vnitřnímu životu, a to jak jeho rozvoji, tak míře utrpení a strachu, který vyvolává.

V souladu s psychoanalytickým pojetím je i Urbanova (1973) klasifikace. Osobnosti, které mají zvláštní sklon k drogové závislosti třídí na psychopatické a neurotické. Psychopatické osobnosti dále dělí na nezdrženlivé, nesebejisté, hysterické a schizoidní. Nezdrženliví psychopaté se, podle něj, vyznačují tím, že nadměrně podléhají vnějším i vnitřním podnětům, nedokáží odolat pokušení a trpí nedostatkem vůle. Nesebejisté psychopaty popisuje jako jedince, kteří hledají v droze oporu pro svoji vnitřní nejistotu, náhražku za chybějící sebedůvěru, také úlevu ve stavech úzkosti. Hysterické psychopaty charakterizuje jako neklidné, nespokojené a s

abnormními emočními stavy. Droga jim má být někdy prostředkem k dosažení pestrého života, jindy jim má dodat energii k dosažení úspěchu nebo pak uklidnění, spánku a zapomnění. O schizoidních psychopatech se zmiňuje v souvislosti s jejich oblíbenými experimenty s drogami na sobě i druhých, a upozorňuje tak na jejich nebezpečnost. Koudelková (1995) považuje psychopatii za víceméně ustálený stav abnormální osobnosti, která se vyznačuje jakýmkoli druhem abnormálních postojů vůči sociálnímu prostředí. Jedná se zejména o neschopnost tolerovat frustraci, agresivní chování, neschopnost vytvořit si citový vztah k druhé osobě a nepřítomnost prokazatelných pocitů viny. Psychopatická struktura osobnosti se, podle ní, vytváří v prvních letech života dítěte a předpokládá citovou deprivaci, zejména neschopnost matky uspokojit citové potřeby dítěte a dlouhodobou separaci dítěte od rodičů. U takového dítěte vzniká malá schopnost pro soucit a identifikaci s druhými, navíc přestane v pozdějším věku očekávat od druhých lidí uznání či zájem a v důsledku toho se necítí být omezováno při uvolňování svých pocitů vůči světu, který mu připadá nebezpečný a nepřátelský.

Druhou skupinou osob, které se podle Urbana (1973) stávají snadno závislými na drogách, jsou neurotici. Jedlička (2004) vymezuje neurózu jako funkční poruchu vyšší nervové činnosti, pro kterou je typická slabost a snadná vyčerpatelnost postiženého člověka. Jako její podstatný znak uvádí úzkostnou nejistotu a časté pochyby o správnosti vlastního jednání. Urban (1973) neurotiky označuje jako skupinu osob, která onemocněla v důsledku nepříznivého osobnostního vývoje. Na vzniku takového onemocnění se, podle něj, podílejí jak vrozené vlohy, tak vnější vlivy, které mohou být aktuální nebo sahát do raného dětství (opakované prožitky úzkosti, nejednotná výchova, přemíra povinností a odpovědnosti, lhostejnost nejbližšího sociálního okolí atd.).

Novější pohled na specifický vliv vývoje osobnosti a jeho souvislost se vznikem závislosti poukazuje dle Hajného (2008) na tzv. „křehké já“, které obtížně zvládá své emoce a nedokáže udržet své hranice. Toto „křehké já“ podle některých autorů (viz. např. Khantazian, Wurmser) vzniká při obtížích v raném dětství, je pro svého nositele nesrozumitelné a nelze mu čelit nějakou konstruktivní strategií. Hajný (2008) uvádí, že specifickou zátěž pro „křehké já“ představuje období dospívání. Adolescent se vymezuje vůči rodičům, hledá nové role a hodnoty, buduje svou pozici mezi vrstevníky a hledá míru blízkosti v partnerských vztazích. Tyto nově objevované představy o sobě musí zároveň sjednotit s těmi starými. „Já“ je v tomto procesu integrující silou,

kteřá umožňuje zažívat pocit kontinuity a zvládnání mnohdy hlubokých pochybností o sobě či druhých. Pokud je právě tato kvalita oslabena nebo má tendenci se fragmentovat, může být specifickou příčinou, proč dospívající ustrne v užívání vnějšího (psychoaktivního) integrujícího prvku-drogy.“(Hajný, 2008, s. 50)

Využití psychoanalýzy pro léčbu závislostí shrnuje Keller (1999). Za prvé se při terapii zaměřuje na mezilidské procesy, věnuje pozornost obranám, odporu a nevědomým konfliktům, tak jak se při ní projevují. Analyticky orientovaný terapeut má sklon soustředit se na klientův prožitek "ted' a tady", všímá si jeho charakteristických postojů, gest, pozic, pocitů, povahy vztahů s ostatními, způsobů myšlení a postupně s ním odkrývá jejich význam. Za druhé se věnuje nevědomým obranným mechanismům a konfliktům, které často přispívají k tomu, že se klient vystavuje rizikovým situacím, iracionálním myšlenkám a pocitům. Za třetí, pochopením psychodynamického charakteru své osobnosti přispívá k překonání různých obtíží při nabývání a praktikování určitých schopností.

3.1.2.2 Behaviorální teorie

Podle klasických behaviorálních výkladů je užívání návykových látek naučené a udržované klasickým nebo operantním podmiňováním. „Současné kognitivně behaviorální modely a teorie sociálního učení uvažují navíc myšlenky a pocity jako důležité determinanty chování a odpovědí na enviromentální vlivy. Do teorií učení se navíc zabudovává motivační koncepce. V současné době se v adiktologii hovoří o incentivní (pobídkové) motivaci a teoretický model ji spojuje s afekty a se systémem mozkové odměny.“ (Jeřábek, 2008, s. 58). Všechny tyto teorie se sice liší v pojetí vzájemného působení osoba – prostředí, ale shodně předpokládají, že chování je převážně výsledkem učení. Přitom mají za to, že biologické a genetické faktory vytvářejí procesům učení jakýsi neměnný základ, ze kterého prostřednictvím zkušenosti vznikají individuální vzorce chování. Podle Rotgerse (1999) behaviorální teorie jednoznačně respektují biopsychosociální pohled na původ závislosti. Důraz kladou na vzájemnou interakci biologické složky určující temperament, konstituci, procesy učení a faktorů vnějšího prostředí. „Behaviorální teorie vidí začátek užívání drog především jako kombinovaný vliv faktorů vnějšího prostředí (zvláště dostupnost drogy a vrstevnické normy) a fyziologických reakcí jedince na první

setkání s drogou, z něhož vyplyne, zda užívání drog má pro něj trestající či zpevňující charakter.“ (Rotgers, 1999, s. 154). Jedinec v průběhu užívání může zjistit, že drogy mohou hrát roli při potlačování negativních emocí nebo při zvládání problému a přestane využívat ostatní postupy a schopnosti pro jejich zvládání. Rotgers (1999) upozorňuje na uživatele, kteří na základě složek svého temperamentu, jakými jsou např. touha po vzrušujících zážitcích a impulsivita, užívají drogy primárně pro jejich schopnost vyvolat vzrušení, ne proto, že by se potřebovali vyrovnávat s problémy. Při změně zpevňujících okolností užívání drog vstupují do hry fyziologické změny organismu, které přicházejí s opakovaným užíváním. (viz. Neurobiologie závislosti)

Behaviorálně založená léčba drogových závislostí vidí každého klienta jako individualitu. Zakládá si na analýze jeho osobitých potřeb, schopností, deficitů, sociálního prostředí a jim přizpůsobuje léčebné metody a cíle. Podle Morgana (1999) musí úspěšná léčba založená na behaviorální teorii splnit několik úkolů. Prvním úkolem je zajistit detoxifikaci a pokud možno dočasnou abstinenci, přestože behaviorální přístup zpravidla nepožaduje úplnou abstinenci za základní podmínku léčby, ani za její nutný cíl. Následuje důkladné posouzení vnitřních i vnějších spouštěcích a udržujících mechanismů klientova závislého chování. Na základě tohoto rozboru se klient učí na míru šitý výběr technik a postupů, které se zaměřují na identifikované problémy. Léčba se zároveň průběžně hodnotí. To umožňuje sledovat pokroky, ale také přetrvávající problémové oblasti a způsoby chování. Závěrečným úkolem léčby je pomoci klientovi určovat a vytvářet strategie pro zvládání rizikových situací, které by ho mohly potkat. V takto pojaté léčbě jde jak o individuální práci s klientem, tak o klientovo aktivní úsilí o změnu těch faktorů, které mohou spouštět nebo udržovat proces užívání drog. Přičemž platí, že individuální stadium ochoty ke změně silně ovlivňuje zájem a podíl na léčbě.

3.1.2.3 Logoterapeutické pojetí

Ve shodě s Balcarem (2006) můžeme říci, že psychodynamické i behaviorální přístupy hledají u člověka užívajícího návykové látky poruchy emoční a motivační dynamiky, které vyplývají z frustrací konfliktů a potřeb tělesné či duševní povahy. Logoterapeutické pojetí předpokládá, že mnohé poruchy psychické, psychofyziologické nebo psychosociální povahy vycházejí z frustrace potřeby duchovní povahy. Ta se projevuje např. masivními pocity nudy,

nesmyslnosti jakékoli snahy, apatií, nespokojeností nebo mrzutostí. Odezvou na tyto pocity bývá mnohdy vznik závislosti. Tato duchovní nouze, podle Lukasové (1997), ukazuje na nevyužitý lidský potenciál a je reakcí na nedostatek duchovních nároků, na nedostatek cílevědomé činnosti v nejširším slova smyslu. Čím méně má člověk starostí, čím více se mu nabízí k pouhé spotřebě a čím pasivněji se utvářejí jeho zájmy ve volném čase, tím více jeho život ztrácí smysl a frustrace potřeby duchovní povahy se prohlubuje. „Člověk je totiž myslící bytost a jako nositel duchovní dimenze nedokáže jen spotřebovávat a užívat si.“ (Lukasová, 1997, s. 40). Aby člověk prožíval své praktické zkušenosti a činy jako smysluplné, musí být podle Frankla (1994) ve svém životě zacílen na uskutečňování takových hodnot a cílů, které přesahují jeho sebestředný prospěch a představují něco dobrého samy o sobě.

Podle Frankla (1994) lze takové hodnoty a cíle nalézt v zážitkových (prožívání vztahů s druhými, soulad s přírodou, uměním apod.), tvůrčích (práce, umělecká tvorba apod.) a postojových (zaujetí rozhodného postoje k jinak nezměnitelným, obtížným skutečnostem vlastního života) hodnotách. Pocit štěstí a smysluplného života přichází jako automatický vedlejší účinek takto zacílených snah a využitých příležitostí.

Schopnost vědomě hledat a uskutečňovat vlastní zacílení může být podle Lukasové (1997) znevýhodněna výchovou. Je-li dítě vystaveno přehnaně ochrannému domácímu prostředí, nadměrné péči a pozornosti, obavám nebo nadměrným aspiracím, postrádá potřebnou míru volnosti i motivovanosti k tomu, aby mohlo přirozeně rozvíjet poznávání sebe, světa a vztahů v něm. Vlastní aktivita a iniciativa k objevování a uskutečňování vlastních cílů je utlumena. To vede k lhostejnosti, povrchnosti a nesamostatnosti. Pokud je dítě naopak zanedbáváno, rodiče s ním netráví dostatek času, nevěnují mu pozornost a péči, nerozvine se u něj schopnost vytvořit si úzký citový vztah a stává se lhostejné vůči jakýmkoli snahám a činnostem. Ať už dítě dělá cokoli, potřebuje uznání a schválení, kladnou a radostnou odezvu. Pokud je okolí vůči jeho snahám lhostejné, nikdo jim nevěnuje pozornost, nenaučí se mít ze svých aktivit a výkonů radost. To tlumí jeho motivaci, která je základem schopnosti soustavně a produktivně pracovat. Zůstává mu motivace jen k tomu, co mu bezprostředně přináší příjemnost. Díky nerozvinuté schopnosti vytvořit si těsný citový vztah k druhému člověku navíc přichází o možnost najít zdroj smyslu např. v přátelství či lásce.

Důležitou úlohu ve vnímání životních hodnot a jejich praktického naplňování dále hraje

vzor, který v tomto směru dítěti poskytují nejbližší dospělí. Podle něj se dítě intuitivně učí v životě orientovat. „Tato zkušenost pak pro ně bude určující, až se budou samy rozhodovat, co (a zda vůbec něco) může dát smysl i jejich snažení a snášení událostí v praktickém životě: například, zda práce rodičů pro ně znamená pouze nutné zlo sloužící k vydělávání peněz a nic víc; zda manželství a rodina představují jen nutnou organizaci společného soužití a dělby provozně nezbytných činností; zda starosti a trápení jsou v životě neštěstím, kterému se lze jen buď vyhnout, nebo mu podlehnout; zda hlavní a pro vlastní štěstí nepostradatelnou hodnotou v životě je užít si co nejvíc příjemného a vyhnout se obtížnému, dosáhnout co největší spotřeby, obliby, majetku, moci, výkonů apod.; zda nejlepší jsou takové zájmy a záliby, kterými lze zajímavě trávit čas bez tělesné a duševní námahy.“ (Balcar, 2006, s. 538) Dalším zdrojem pro budoucí zodpovězení otázky po hodnotě a smyslu vlastního snažení je poskytování praktických příležitostí k zaujetí zajímavými zkušenostmi a činnostmi, které mohou příznivě ovlivnit volbu budoucích cílů a jejich naplňování. Balcar (2006) zdůrazňuje, že děti se schopnosti hledání smyslu činností a cílů nebo schopnosti oceňovat, co je dobré, učit nemusejí. Základní činnost a vnímavost k tomu je jim vlastní. Jde o to, aby nebyla působením nevhodných vzorů a odpíráním příležitostí k vlastní iniciativě tlumena a oni ji postupně neztráceli. Lucasová (1997) v tomto ohledu připomíná důležitý pohled logoterapie, který sice přiznává, že chyby rodičů mohou ztížit člověku život, ale jeho celkový vývoj nedeterminují. Stále je schopen svobodné volby, odpovědnosti a zaměřenosti ke smyslu.

Náprava rizikového vývoje, podle Lucasové (1997), sice někdy vyžaduje odstranění citových, kognitivních, popřípadě praktických přetížení, základem obnovení a rozvoje přirozené touhy po smysluplném uplatnění ale častěji bývá přímá konfrontace s různými životními situacemi jako s příležitostmi, které jsou tu proto, aby byly využity a naplněny. Terapeut v logoterapeutické praxi je podle Balcara (2006) aktivní, někdy i direktivní. Nabízí příležitosti a ukládá úkoly, ve kterých si klient zkusí potenciálně léčivou příležitost nějaké činnosti, postoje, zážitku apod. Zároveň však zdůrazňuje klientovu osobní svobodu rozhodovat o svých činech a přijímat za to odpovědnost. Základem logoterapeuticky zaměřené terapie je podle Balcara (2006) terapeutova vnímavost vůči možnostem a potřebám klienta a vůči možnostem a potřebám terapeutické změny v jeho vyvíjejících se postojích k sobě a vlastnímu životu. Obnovení původní klientovy hodnotící orientace na to, co může, jak a proč vykonat nebo překonat je důležité pro

převzetí odpovědnosti a svobody volby za samostatné smysluplné utváření vlastního života a je zároveň lékem na mnohé projevy duchovní nouze.

Dodejme, že nedostatek smysluplného životního zakotvení a zaměření nejen může vést k závislosti na psychoaktivních látkách, ale také se velmi často objevuje po osvobození z návyku na nich. Langmeier, Balzar, Špitz (2010) píše, že pokud se člověk dokáže vrátit k normálnímu způsobu života bez drogy, je nucen se konfrontovat a vyrovnat se škodami, které v období svého života způsobil sobě i svým blízkým. Prožívá pocity viny, lítosti, zahanbení a zklamání, ty mohou vyvolat prožitky vlastní méněcennosti a sebeodmítání zahrnující i odmítání svého života vůbec. „Tehdy je třeba dokonat léčbu logoterapeutickými postupy vedoucími ke znovuoobjevení a naplňování smyslu pro svůj život odpovědným vyrovnáním se s jeho realitou vzdor vině a utrpěným škodám, a to zpravidla nalezením smysluplného pokračování v naplňování i v této situaci obsažených hodnotných možností, jak své schopnosti a zkušenosti - včetně zkušeností s vlastní závislostí - prospěšně uplatnit v životním prostoru, který se člověku po osvobození z návyku široce otevírá.“ (Langmeier, Balzar, Špitz 2010, str.: 398).

3.1.3 Prostředí

„Velmi hrubě řečeno: všímá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují.“ (Kudrle, 2003, s. 92). Mezi konkrétní vlivy patří především kvalita rodinných vztahů a vrstevnické prostředí, ve kterých probíhá proces sociálního učení a mají tak značný vliv na utváření osobnosti a jejího chování. Důležité jsou i obecnější vlivy jako jsou postoje, normy a orientace společnosti, její vztah k drogám, dostupnost drog, také koncepce protidrogové politiky apod. Podle Preslova (1995) názoru se na vzniku drogové závislosti vlivy prostředí podílejí nejvýznamněji.

3.1.3.1 Rodina

Nelze říci, že existuje nějaký určitý rys nebo typická struktura rodiny závislého. Podle Hajného (2003) můžeme pozorovat některé opakující se znaky, které se na vzniku závislosti podílejí. Tyto faktory je vhodné vnímat spíše jako udržující, vedoucí k rozvoji a pokračování

závislého chování, než jako jeho příčiny. Hajný (2008, s. 45) uvádí některé charakteristiky rodiny, které souvisí s užíváním drog mladými lidmi:

- Užívání drog rodiči, jejich trestná činnost.
- Nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající děti.
- Nadměrná volnost a liberální výchovný přístup.
- Nadměrná náročnost a kontrola.
- Špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím.
- Nedostatek pravidel a jejich rozporuplné uplatňování.
- Nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům.

Pro potřeby základní orientace charakterizujeme rodinné prostředí hyperprotektivní, autoritářské, volné a problematické. (Jedlička, 2007).

Jako ochrannitelská a rozmazlující je označována taková výchova, která se snaží mladému člověku vše co nejvíce usnadnit. Vyznačuje se nadměrným úsilím rodičů ochránit potomka před fyzickým i psychickým poškozením, včetně ochrany před běžnými aktivitami a starostmi. Takoví rodiče často chválí, odměňují a povzbuzují. Takto vychovávaným jedincům nechybí pocit vlastní důležitosti, mívají sebevědomí, které nemusí odpovídat jejich schopnostem a znalostem. Pokud mají samostatně řešit problémy, bývají bezradní, čekají, kdo jim poradí. Mívají pocit, že ostatní lidé jsou tu především kvůli nim, stále hledají protekci. Ve svých očekáváních bývají většinou zklamáni. Ve stresových podmínkách jsou málo odolní a lehce psychicky zranitelní. Problémům se raději vyhýbají nebo hledají únikové cesty k jejich řešení. Jako reakce na stresové situace a životní krize se objevuje zneužívání návykových látek.

Výchova, která se orientuje na absolutní poslušnost, plnění příkazů a dodržování zákazů je nazývána jako autoritářská. Takto vychovávaný jedinec je soustředěn na naprosté podřízení se dospělým a jejich očekávání. Tento přístup si vynucuje poslušnost násilím, odebráním věcí, např. kapesného, zákazem oblíbených činností apod. Takto vedení mladí lidé žijí v neustálém napětí, že něco zkazí a budou potrestáni. Jsou nejistí a nesamostatní, často trpí pocity méněcennosti. Užívání návykových látek má v tomto případě ulevit od úzkostného napětí nebo

vynahradit odpírané požitky.

Extrémně volná výchova nechává jedince nacházet vlastní cesty a řešení. Respektuje bezprostřední zájmy a spontánní projevy prožívání, trestání a omezování pudovosti je považováno za neurotizující. V krajních případech dospělí nezaujímají směrem ke svým dětem žádná hodnotící stanoviska. Závazná pravidla nejsou stanovena, jedinec se chová podle toho, jak se cítí a co ho zrovna zajímá. Rodiče se staví do role rovnocenných partnerů. Jedinci vychovávaní tímto způsobem mohou mít problémy s respektováním pravidel, bývají překvapeni odmítáním a omezováním ze strany okolí. Špatně si uvědomují důsledky svého konání, mívají zmatek v oblasti hodnot.

„Jejich svéráznost a menší potřeba přizpůsobovat se očekávaným vzorcům chování a sociálním normám je často přivádí do nejruznějších společenských obtíží. Mohou mít problémy s návykovými látkami, protože omezování a odříkání v nich nikdo záměrně nepěstoval.“ (Jedlička, 2007, s. 335).

Problematická výchova zahrnuje nedostatečné, nepravdivé či nedůsledné výchovné působení. Vyznačuje se chybějící přítomností a péčí rodičů, případně vynahrazovanou uplácením dárky či penězi, nedostatečným oceněním a lhostejností vůči snažení. Těmito způsoby se rozvíjí komplex méněcennosti a posiluje se touha vyniknout za každou cenu. Pokud každý dospělý v okolí jedince má jiný přístup nebo dokonce ten samý vychovatel určitý čin jednou nechá bez povšimnutí a podruhé ho potrestá, vyvolávají ve svém svěřenci zmatek. Podobně působí, i když se dospělí dopouštějí toho, za co jiného člověka odsuzují či trestají. Jedinec tak vyrůstá v nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, míra svobody i odpovědnosti.

Hajný (2003) upozorňuje na další významné rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti jako je např. více závislých členů rodiny či kodependence (spoluzávislost). Poukazuje také na poměrně časté nahromadění traumatizujících prvků v rodinných historiích jako jsou sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvod rodičů atd.

Závislost dalšího člena rodiny, zejména rodiče, je nepochybně jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik a rozvoj závislosti u jeho potomka. Míra rizika je při tom úměrná tomu, jak závislost ovlivňuje chod rodiny, její rituály a společně trávený čas. Mimo to se závislý rodič může stát modelem.

„Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení.“ (Hajný, 2008, s. 43). Model kodependence předpokládá, že chování členů rodiny drogovou závislost umožňuje. Příkladem může být popírání zjevných problémů spojených s užíváním, neschopnost udržet určitá pravidla a hranice, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, tendence věřit falešným představám apod. Příkladem mohou být rodiče, kteří jsou přetíženi prací či jinými konflikty a nemají sílu věnovat se navíc plnohodnotně výchově svého potomka. Jsou tak paradoxně spokojeni s tím, když se dítě obrátí k partě a začne své nálady a problémy řešit třeba užíváním pervitinu. Dokud plní své povinnosti tak, aby vše vypadalo navenek v pořádku, přispívá k udržení rodinné rovnováhy. Pokus dítěte abstinovat pak může být vnímán jako rušivá změna. Důležitá také může být souvislost mezi obdobím, kdy mladí lidé začínají drogy užívat a jejich separací od rodiny. Můžeme pozorovat snahu rodičů nepřímo udržovat své dítě závislé a nekompetentní za účelem oddálit jeho separaci a pomoci tak zachovat stávající rodinný systém. Mladému člověku není jednoznačně přenechána odpovědnost, většinu jeho obtíží řeší jeho rodiče a on se nemusí snažit léčit. Toto platí zejména v takových rodinách, kde problémové dítě umožňuje nezabývat se např. partnerskou neshodou nebo zprostředkovává komunikaci mezi rodiči. Ze strany mladého uživatele drog lze naopak jeho užívání nahlížet jako falešnou snahu odpoutat se od rodiny. V souvislosti se svým vývojovým úkolem cítí potřebu odpoutat se od dosavadních vazeb v rodině, odmítnout některé její hodnoty a budovat si svou roli, zároveň však může cítit strach či úzkost z toho, že by se měl více starat o sebe (viz. adolescentní moratorium). Užívání drog umožňuje zažít pocit osvobození a odpoutání, přináší nové známé, dovednosti, rituály a zároveň nevyžaduje přijetí plné odpovědnosti za svůj život.

3.1.3.2 Vrstevníci

Tak, jak se dospívající vyvíjí ze své závislosti na rodině, zvyšuje se jeho potřeba experimentovat a hledat v oblasti vytváření vrstevnických vztahů. Vrstevnická skupina postupně nahrazuje rodinu v oblasti uspokojování potřeby citové jistoty a bezpečí. Zpočátku jde ve vztahu k vrstevníkům především o vlastní zhodnocení, významná je potřeba uchovat si ve skupině prestiž (viz. Oblast vztahů v pubescenci). Později se jedná spíše o projev potřeby sebepoznání a

získávání sociálních zkušeností, silný vliv skupiny postupně slábne, na významu získávají stabilní kamarádi a partnerské vztahy (viz.Oblast vztahů v adolescenci). Způsob, jakým dospívající ve vrstevnických vztazích ob stojí, výrazně ovlivňuje jeho sebehodnocení. Opakované neúspěchy, rozchody a zklamání ho vystavují nadměrné zátěži. „I zde představují drogy „pomocný“ prostředek - ať již pomáhají překonat rozpaky, nesmělost, pocit odlišnosti (marihuana, pervitin, extáze), anebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje (opiáty).“ (Hajný, 2003, s. 138).

3.1.4 Podnět

K tomu, aby člověk drogu užil, je vždy potřeba nějakého precipitujícího (spouštěcího, provokujícího) podnětu, který spustí vzájemné působení mezi drogou, osobností a prostředím. Urban (1973) jako provokující faktor číslo jedna uvádí psychosomatické poruchy způsobené dlouhodobým vědomým či nevědomým duševním napětím (citové a sexuální neuspokojení, frustrovaná snaha uplatnit se, úzkost před selháním, přetížení prací, nespokojenost v zaměstnání, finanční starosti a existenční obavy vůbec). Dále uvažuje silné emoční otřesy (smrt či opuštění osobou, na které byl jedinec citově závislý), somatické krize (zranění a onemocnění omezující kvalitu života a společenské uplatnění) a obtíže vzniklé v důsledku životních změn (dospívání, klimakterium, syndrom vychládajícího hnízda, konfrontace s vlastní smrtí). Nakonec zmiňuje zvědavost, nudy, požitek, únik před nepříjemnými pocity či nadměrnými nároky, snahu přizpůsobit se, touhu po zvláštních zážitcích atd. Presl (1995, s. 7) shrnuje důvody pro experiment s drogami u mladistvých:

- Chtějí zkusit, co to s nimi udělá.
- K vyvolání lepší nálady.
- K řešení svých problémů.
- Z nudy.
- Aby na sebe upozornili.

Hajný (2003) zdůrazňuje úzkou spojitost příčin užívání drog i rozvoje závislosti u mladistvých se zvládáním tzv. vývojových úkolů. Mladý člověk je zmatený novými pocity a

požadavky prostředí, které intenzivně vnímá a reflektuje. V pubescenci jsou ústředním tématem sebereflexe fyzické změny, emoční rozkolísanost, vztahy k rodičům a akceptace ze strany vrstevníků. V adolescenci pak nabývají na významu otázky vlastní stability, osobní perspektivy a životního smyslu. V každém případě je sebereflexe úzce spjata s potřebou vlastní hodnoty, jedinečnosti a ocenění ze strany druhých. Pubescent i adolescent jsou ve své nové situaci nejistí a obávají se selhání. Pokud navíc zažívají větší množství negativních reakcí a hodnocení od svého okolí, zhoršuje se jejich sebevědomí a nejistota stoupá. „Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím chemické změny se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot.“ (Hajný, 2003, s. 137).

3.2 Etapy na cestě mladistvých do drogové závislosti

Pokusy s užíváním drog různého typu jsou dnes u dospívajících téměř normou (Votavová, 2007). Zpočátku obvykle ještě nevyhledávají jejich specifické účinky (stimulující, tlumící, halucinogenní), ale spíše se snaží jejich užitím nelišit od party kamarádů, prožít dobrodružství, uspokojit svou zvědavost apod. „Ukazuje se ale, že značné procento mladistvých po první zkušenosti (příp. po několika ojedinělých setkáních s návykovou látkou) spirálu vedoucí do závislosti z nejrůznějších důvodů opouští.“ (Votavová, 2007, s. 379). Pro někoho kontakt s drogou nesplní očekávání, někoho odradí nepříjemné zážitky po první zkušenosti. Někdo tak získá prožitek, který ho zařadí mezi vrstevníky nebo prostě uspokojí svou zvědavost a může drogy opustit. Už ví, či zažil, co potřeboval. Pokud však mladý člověk nezůstane u ojedinělých zkušeností, vstupuje na cestu do drogové kariéry. Tuto cestu se zde pokusíme zmapovat pomocí jejích etap tak, jak je navrhla Votavová (2007).

3.2.1 Etapa experimentování

Experimentování patří k dospívání, proto ani pokusy s různými psychotropními látkami nejsou ojedinělým jevem. V této etapě ještě stále droga nebývá cílem, ale pouze prostředkem. Většina dospívajících procházejících touto fází experimenty s drogami po čase opustí. Záleží na

situaci, v níž se psychotropní látky berou a na sociálním kontextu. Na jedné straně stačí změnit kamarády a drogová kariéra může skončit, aniž by vlastně začala. Na druhé straně žádná osobnost není stoprocentně chráněna před vznikem závislosti a pokud změna navozená specifickými účinky určité látky pomůže vyrovnat nějaké nepříjemně prožívané osobnostní deficity, pravděpodobně bude tato látka pro její účinky užívána opakovaně.

3.2.2 Etapa rekreačního užívání

Toto období je ze subjektivního hlediska jedno z nejpříjemnějších. Droga zatím přináší větší zisky než ztráty, hrozící nebezpečí není vnímáno. Víkendový uživatel už našel drogu, která mu pomáhá naplnit jeho konkrétní přání a potřeby. Jejím prostřednictvím může např. podat lepší výkon, vydržet fyzickou námahu, odstranit psychickou nepohodu, získat uznání od kamarádů, uniknout nudě, zvýšit představitivost atd. Mladý uživatel tak získá silný zážitek "něčeho za nic" (Votavová, 2007, s. 380). Zde se pravděpodobně rodí myšlenka, že drogy lze brát kontrolovaně celý život. Tato riziková myšlenka často přetrvává až do dalších stadií drogové kariéry a maří případné abstinenční snahy.

„Z etapy rekreačního (víkendového) užívání se nevystupuje snadno, protože jak již bylo řečeno, obvykle uživatel nemá mnoho subjektivně prožívaných ztrát fyzických, psychických ani sociálních, pod jejichž tlakem by chtěl změnit současný život s drogou.“ (2007, s. 380). První problémy spojené s užíváním drog vnímají především rodiče, učitelé nebo jiné blízké osoby. Dospívající sám je vnímá jako obtíže těch druhých, které se ho ve svých důsledcích netýkají. Nicméně negativních zkušeností s návykovou látkou přibývá. Může jít např. o vyšetřování trestného činu spáchaného pod vlivem drogy, předávkování přítele, nucený odchod ze školy, ztráta přátel z řad abstinentů, konflikty v rodině, rozvoj paranoidního syndromu atd. Subjektivně příjemně prožívaná fáze braní drog končí a přechází do jednoho z nejnáročnějších období drogové kariéry.

3.2.3 Etapa problémového užívání

Tuto etapu Votavová (2007) též označuje termínem dvojí program, případně duální identita. Problémový uživatel žije v napětí a strachu, lže, manipuluje a jeho chování je společensky nepřijatelné. Zároveň si začíná uvědomovat negativní stránky užívání drog, bilancuje a opakovaně se rozhoduje drogy nebrat. Zkouší abstinovat. Na jednu stranu je přesvědčený, že to dokáže, na druhou stranu má strach opustit „to nejhezčí, co kdy v životě poznal“ (Votavová, 2007, s. 381). Abstinovat zároveň chce i nechce a tento fakt zvyšuje jeho vnitřní napětí. Často dochází ke stále větším problémům a ztrátám. Pokud se v tomto období nesetká s pomáhající institucí, směřuje do čtvrté fáze drogové kariéry.

3.2.4 Droga na plný úvazek

V tomto stadiu přestává mít psychoaktivní látka pro závislého pozitivní účinek. Dovoluje mu překonat abstinenci syndrom a shánět svou dávku. Vše ostatní je pro něj druhořadé. Závislost na droze, jako látce, postupně přechází do závislosti na zažitém stereotypu života člověka závislého na drogách.

3.2.5 Drogový stereotyp života

Páté, konečné stadium mladého člověka zabíjí, unavuje a nebaví, přesto mnohdy nemůže žít jinak. Neumí to a často si to ani nedokáže představit. Drogy vyrábí, prodává, zneužívá je, o ničem jiném nemluví a na nic jiného nedokáže myslet.

3.2.6 Vývoj závislosti ve skupině

„Při pokusu o stanovení vývoje závislosti je důležité i to, jak se jedinec orientuje ke skupině.“ (Skála, 1987, s. 152). Skála (1987, s. 152), inspirován Täschnerem, uvádí tři stadia:

- Ve stadiu integrace se mladiství orientují na partu, kde se cítí být v bezpečí, sdílejí konflikty patřící k jejich věku a společně vytvářejí vlastní pravidla jednání a způsobu myšlení. První pokusy o zneužívání návykových látek podnikají téměř vždy společně.

Důležité jsou při tom vůdčí osobnosti v partě , kterým se ostatní členové podřizují.

- Stadium ztráty koheze nastupuje u jednotlivce zároveň s rostoucí potřebou drogy. Vztahy ve skupině už nejsou tak důležité, hlavní je sehnat návykovou látku. Členové skupiny jsou ve vztahu k zásobám drog nekompromisně sobečtí a často mezi nimi dochází ke konfliktům.
- Ve fázi dezintegrace se celkový obraz skupiny se ztrácí. Jedinec stupňuje dávky, přechází na silnější, nákladnější a hůře dostupné drogy. Jeho jedinou potřebou, náplní života a životním cílem je opatřování drog. Postupně se objevují psychické i somatické odvykací příznaky. Devastovány jsou nejen vztahy ve skupině, ale i veškeré partnerské vztahy. Zchátralá a znehodnocená osobnost vyhledává k intoxikaci samotu.

4. Léčba mladistvých uživatelů drog

4.1 Možnosti terapie v jednotlivých fázích drogové závislosti

Z popsaného procesu vzniku a rozvoje závislosti může mladý člověk v různých etapách vystoupit. Pomoc na cestě, která povede zpět do života, mu mohou nabídnout různé profesionálové a pomáhající instituce. „Při úvahách o adekvátnosti určitého programu nabízeného takovou institucí hraje velmi významnou roli postoj klienta k nabízené pomoci, jeho motivace k intervenci.“ (Votavová, 2003, s. 683). Votavová (2003) rozlišuje vůči pomáhajícím profesím pět základních objednávek. Ve fázích experimentování přicházejí za profesionály výhradně rodiče, přátelé nebo příbuzní, kteří objevili, že jejich dítě bere drogy. Jejich objednávka obvykle zní: „Pomozte nám, zjistili jsme, že naše dítě bere drogy.“ (Votavová, 2003, s. 683). Členové rodiny obvykle potřebují informace a emoční podporu, aby byli schopni jednat ve vztahu ke svému dítěti racionálně. Důležitá je i společná práce rodičů a jejich dospívajících dětí, která se zaměřuje na vztahy v rodině. Objednávka ze strany samotného uživatele se neobjevuje ani v období rekreačního užívání. Užívání drog mu přináší převážně pozitivní zkušenosti, nevnímá ho jako svůj problém, který by měl řešit. Na začátku etapy problémového užívání návykových látek je mladý člověk ochoten připustit, že má problémy související s drogami. Pokud se obrátí na odborníka, tak to bývá s objednávkou: „Pomoz mi s problémy, které se objevily v období, kdy užívám drogy.“ (Votavová, 2003, s. 683). Hledá cestu, jak zůstat u užívání návykových látek a zároveň se zbavit potíží s nimi spojených. Votavová (2003) označuje klienty, kteří řeší vnitřní rozpor mezi tím, zda chtějí a dokáží nebo nechtějí a nedokáží abstinovat, za nejnáročnější. Při práci s nimi je nutná obtížná volba mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi. Můžeme pro ně vytvořit takové podmínky, které vyloučí nebo potlačí škodlivé důsledky drog. Např. tím, že mu znemožníme na nějakou dobu drogu si obstarat, stýkat se s ohrožující partou nebo se snažíme probudit jeho zájem o jiné věci a přátele, nabídnout mu jiné zážitky. „Avšak spolu s touto obtížně navozovanou a uměle udržovanou distancí potlačujeme i přirozenou razantní zpětnou informaci směrem k dospívajícímu. Nedostává se mu oněch tolik potřebných korigujících negativních zkušeností se zneužíváním drogy a tak vlastně brzdíme přirozený rozvoj jeho motivace k abstinenci.“ (Votavová, 2003, s. 684). Rozhodnutí o abstinenci vždy zůstává především na dospívajícím samém. Votavová (2003) však dodává, že ve chvíli skutečného rozhodnutí abstinovat mají větší naději na úspěch ti, kteří byli nějakým způsobem ochráněni před

závažnými poškozeními (infekční onemocnění, ztráta vzdělání, kriminální vývoj apod.). Na konci období problémového užívání, a na počátku dalšího, má mladistvý uživatel již obvykle nějaké zkušenosti s nezdařenými pokusy abstinovat a o pomoc s abstinencí skutečně stojí. Podle Votavové (2003, s. 683), je objednávka: „Pomoz mi abstinovat.“ optimální pro zařazení do léčby. Takový klient bývá připravený přijmout pomoc a postupně přebírat zodpovědnost za svoji léčbu. Čtvrtý typ objednávky: „Pomoz mi s mým těžkým životem toxikomana.“ (Votavová 2003, s. 683) přichází obvykle od jedinců, kterým se droga stala součástí života a kteří se jí nechtějí nebo už nemohou vzdát. V péči o tyto klienty jde především o zmírňování následků škod, které návykové látky způsobily, o poskytnutí základní existenční a sociální pomoci. Votavová (2003) dodává, že někteří mladiství se i v tomto stupni závislosti rozhodnou pro pokus o abstinenci, který se s dostatečnou podporou jejich blízkých a profesionálů může podařit. Poslední typ objednávky: „Pomoz mi s problémy mého nového života.“ (Votavová 2003, s. 684) přichází od těch, kteří již prošli léčbou a se strachem a úzkostí se vracejí do běžného života. Tito mladí lidé potřebují pomoci s problémy nového života, sociální, psychologickou i existenční podporu.

4.2 Struktura systému poskytované péče

Při volbě určitého léčebného programu je důležité nebrat v úvahu pouze diagnostickou kategorii závislosti na návykových látkách, ale i celou řadu životních okolností klienta. (Nešpor, 2003). Při přiřazování nejvhodnější intervence by nás také měly zajímat např. jeho různé psychologické charakteristiky (úroveň intelektu, struktura osobnosti, psychopatologické projevy), rodinné a sociální vztahy, trvání a průběh návykového problému, dosavadní zkušenost s různými léčebnými programy, právní postavení, zdravotní stav atd.

Pro rozhodnutí o dalším léčebném postupu je důležité i posouzení klientovy motivace k překonání návykového problému. „Motivace se jeví jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, tento stav se ovšem v různých situacích a s časem proměňuje. A lze jej ovlivnit.“ (Miller, Rollnick 2004, s. 14). Prochaska a Di Clemente (in Miller, Rollnick, 2004) popsali několik fází, kterými lidé procházejí v průběhu změny. V původním výzkumu se zabývali kuřáky a všimli si, že dříve než se kuřák svého návyku vzdal, prošel všemi fázemi několikrát. Proto se v jimi navrženém modelu změny objevuje relaps jako běžná součást, která klienta posunuje k uzdravení.

Rozlišení jednotlivých fází poukazuje na nutnost volit podle nich metody práce a přístup ke klientovi. Jednotlivá stadia modelu změny přizpůsobená problematice závislostí shrnuje Dobiášová, Broža (2003, s. 284).

První stadium - precontemplation (předchází uvažování o změně). V této etapě se nejčastěji nacházejí klienti ve fázi rekreačního užívání. Užívání drog si vychutnávají a považují je za přínosné. Jsou přesvědčeni, že mají vše pod kontrolou a pokud se objeví nějaký problém, vnímají ho jako problém okolního světa. V této fázi jim jakákoli změna připadá zbytečná. Veškeré snahy o motivaci k abstinenci nebo nějaké změně jsou plýtváním sil odborných pracovníků. Nabídnout mohou služby minimalizující rizika jejich užívání a pokud možno udržovat kontakt.

Druhé stadium - contemplation (uvažování o možnosti změny). V této fázi návykové látky stále přináší uspokojení, ale zároveň přináší problémy, které si klienti jsou schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Toto stadium odpovídá počátku problémového užívání, motivace ke změně je zde ambivalentní. S těmito klienty je vhodné mapovat následky návykového chování a konfrontovat je s jejich osobními cíli nebo představami o sobě. Důležité je věnovat pozornost každému drobnému kroku vedoucímu k rozhodnutí o změně a podporovat tak klientovu sebedůvěru.

Třetí stadium - determination (rozhodování, připravenost k akci). V tomto stadiu se nejčastěji nacházejí klienti na konci problémového užívání. Ztráty z užívání drog jsou větší než zisky, klienti jsou ochotni je dávat do přímé souvislosti s užíváním drog a rozhodují se je nebrat. Jejich drogami zasažená osobnost je ale mnohdy na realizaci rozhodnutí příliš slabá. V této etapě jsou klienti ochotni spolupracovat, přistoupit na léčbu a aktivně se podílet na její realizaci.

Čtvrté stadium - action (akce, pokus o změnu). Zde jde o skutečně pevné rozhodnutí a realizaci konkrétních aktivit potřebných k léčbě. Úkolem odborných pracovníků je pomoci klientovi pozitivní změnu uskutečnit. Měli by být schopni dát najevo, že klientovi rozumí a akceptují ho, aniž by museli se vším co dělá a říká souhlasit. Důležité je poskytování zpětné vazby a posilování klientovy odpovědnosti za rozhodnutí o změně vlastního života. Také nabídka možných změn a různých strategií k jejich uskutečnění je při práci s klienty velmi významná. Někdy je potřebné poskytnout jasnou a objektivní radu. Podpora naděje a sebedůvěry je samozřejmostí.

Páté stadium - maintenance (udržení plánu). V této etapě klient nahlédl svou schopnost žít bez drog a čeká ho návrat do běžného života. Opouští chráněný prostor, ztrácí podporu terapeutů a vrací se do prostředí, které většinou nepřestal vnímat jako ohrožující. To vše činí tuto etapu velmi obtížnou. Obvykle se pracuje na identifikaci rizikových situací (tzn. situací, které ohrožují klientovu sebekontrolu) a na strategiích jejich zvládnutí.

Šesté stadium - relaps (selhání, návrat k předchozímu, původnímu). K tomuto stadiu může dojít v každé etapě tohoto modelu a je nebezpečné tím, že může klienta vrátit zpět do první fáze, kdy nestojí o změnu. Zde je nejdůležitější obrátit se zpět na odbornou pomoc a s relapsem pracovat. Je vhodné nazírat ho jako příležitost k novému učení, analyzovat proces, který k němu vedl a hledat strategie k jeho předcházení.

Komplexní zhodnocení klienta je východiskem pro vhodné propojení individuálních potřeb klienta a určitým souborem intervencí ("matching"). V následujícím textu nabízíme přehled systému péče (sít' poradenských, léčebných a sociálních služeb) pro uživatele návykových látek v České republice (in Kalina et al. 2003, Kalina et al. 2008). Jednotlivé složky systému se snaží vyhovět potřebám klientů, kteří se nacházejí v různých fázích závislosti.

4.2.1 Terénní programy

Terénní práce (streetwork) je prvním článkem systému péče o drogově závislé, často je první službou, se kterou se uživatel setkává. Cílem terénní práce je minimalizovat negativní důsledky užívání drog pro samotné uživatele („harm reduction“) i pro společnost („public health“), navazovat s klienty vztah postavený na důvěře a zvyšovat jejich motivaci ke změně rizikového chování a životního stylu. Mezi hlavní složky terénní práce patří výměna a distribuce zdravotnického materiálu, poskytování informací o účinku drog a jejich relativně bezpečném užívání, pomoc při řešení zdravotních komplikací, podpora při řešení sociálně-právních problémů, postupné vedení k náhledu na užívání drog jako na problém a zprostředkovávání kontaktů s léčebnými a sociálními zařízeními. Pracovníci terénních programů přichází za klientem do jeho přirozeného prostředí, osloví ho, ale rozhodnutí o využití nabízené pomoci nechá na něm. Tyto programy jsou určeny pro klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně. Služba je poskytována anonymně. Korčíšová, Hrdina (2003, s. 159)

charakterizují cílovou populaci terénních programů:

- Mladí lidé v počátečních stádiích drogových experimentů.
- „Děti ulice“, které momentálně žijí na drogových bytech (mohou být ve fázi experimentu, pravidelného užívání či závislosti).
- Uživatelé drog, jejichž situace jim zatím nepřináší žádné obtíže a jejich motivace ke kontaktu s pomáhající institucí je nulová (viz. etapa rekreačního užívání).
- Uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří často nejsou schopni nebo nechtějí vyhledat a využít pomáhající instituce.

Tento přístup předpokládá, že většina uživatelů návykových látek po určité době zjistí, že negativní zkušenosti související s užíváním drog převažují nad zkušenostmi pozitivními. Teprve v tuto chvíli jsou motivováni svou životní situací změnit a je důležité, aby toho byli ještě schopni. Zároveň jsou akceptováni i klienti, kteří nejsou ochotni nebo schopni ztotožnit se s cílem úplné abstinence. I u takových se dá zabránit celé řadě komplikací spojených s užíváním drog.

4.2.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra jsou, jak píše Libra (2003, s. 165), „dveřmi do systému služeb“. Cílem kontaktní práce je mírnění škod spojených s pravidelným užíváním drog, navázání individuálních specifických kontraktů s uživateli a cílená podpora změny životního stylu. Mezi poskytované služby kontaktních center patří výměna a poskytování zdravotnického materiálu, základní zdravotní péče včetně hygienického a potravinového servisu, upozornění na zdravotní a sociální rizika spojená s užíváním drog, pomoc v sociální oblasti (hledání zaměstnání a ubytování, vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s úřady apod.), odbornou pomoc rodině klienta, posilování motivace k dalšímu postupu v léčbě a její případné zprostředkování. Navázání kontaktu s klientem probíhá v kontaktní místnosti, kde se pracovníci snaží o vytvoření vzájemné důvěry a zjištění základních problémů a potřeb klienta. Kontaktní centra jsou určena závislým uživatelům s nízkou motivací k léčbě, také jejich blízkým, kteří potřebují podporu, provázení a pomoc. Reagují především na objednávku „pomoz mi s mým těžkým životem toxikomana“ (Votavová, 2003, s. 684). Klienti tuto instituci navštěvují dobrovolně a je jim umožněn anonymní

kontakt. Abstinence není podmínkou poskytování služeb. Zařízení respektuje svobodnou volbu klienta ať už pro abstinenci nebo pro život s drogou, odbornou péči a pomoc nabízí v každém případě.

4.2.3 Detoxifikační jednotky

Smyslem detoxifikace je zbavit organismus klienta návykové látky a pomoci mu překonat možné odvykací příznaky. Detoxifikační jednotky mohou být součástí zařízení pro léčbu závislostí, nebo jsou to samostatné jednotky v rámci nemocnic. Detoxifikaci lze provést i v domácím prostředí, její podmínkou je ale dobrý zdravotní stav, odvykací syndrom neohrožující život, stabilní sociální situace a podpora rodiny. Nešpor (2003, s. 190) shrnuje důvody detoxifikace:

- Klient je nebezpečný sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu.
- Klient se připravuje na nějakou další formu odvykací léčby.
- Klient, u něhož je třeba rozhodnout, zda je intoxikovaný nebo trpí duševní chorobou.
- Klient, který potřebuje vzhledem ke své zdravotní či sociální situaci snížit toleranci vůči droze.

Nejčastějšími prvky detoxifikace jsou somatické a psychiatrické vyšetření (celkové zhodnocení stavu pacienta), farmakoterapie (snažší zvládání odvykacích stavů a psychotických stavů vyvolaných návykovými látkami, není nutná v každém případě), strukturovaný denní program, psychoterapie (emoční podpora, motivační trénink, rodinná terapie), sociální práce (zajištění další léčby, zprostředkování kontaktu s rodinou a úřady). Zásadní význam u detoxifikace má návaznost další péče. Pacienti jsou podle Nešpora (2003, s. 192) nejčastěji předáváni:

- Kontaktním centřům a zařízením orientujícím se k mírnění škod (např. u klientů, kteří detoxifikaci nedokončí).
- Programům ambulantní péče, které většinou mají detoxifikaci jako podmínku přijetí do péče.

- Do krátkodobé nebo střednědobé ústavní léčby. Většina takových zařízení má detoxifikaci jako podmínku nástupu do programu.
- Do terapeutických komunit s dlouhodobým pobytem, kde se také vyžaduje detoxifikace jako podmínka nástupu.

4.2.4 Ambulantní péče

Ambulantní programy jsou u nás realizovány formou krátkodobé nebo intenzivní ambulantní péče, kdy klient dochází v pravidelných intervalech do zařízení a přitom se učí žít ve svém přirozeném prostředí tak, aby zvládal rizikové situace. Nabízejí je např. v ordinacích AT pro prevenci a léčbu závislostí nebo ve střediscích strukturované denní péče, které odpovídají našim denním stacionářům. Cílem ambulantní péče je nejen abstinence klienta a jeho návrat do plnohodnotného života, ale i intenzivní práce s příbuznými klienta a následná péče o něj. Léčba v ambulantních programech zahrnuje strukturované aktivity, které kladou na klienta určité nároky, vyžadují jeho spolupráci a ochotu podílet se na řešení svých problémů.

Do krátkodobých ambulantních programů vstupují klienti v nejrůznějších etapách na cestě do drogové závislosti motivovaní k abstinenci nebo přinucení nějakým požadavkem ze strany svého okolí. K cílové populaci patří i rodinní příslušníci s objednávkou: "Pomozte, naše dítě začalo brát drogy." (Votavová, 2003, s. 686). V průběhu spolupráce je s klientem připraven individuální léčebný plán, který vyžaduje určitou dohodnutou aktivitu (např. čtyři individuální, dvě skupinová a jedno rodinné sezení v měsíci).

Intenzivní ambulantní péče poskytuje denní programy pro závislé klienty s náhledem a silnou motivací k léčbě. Kalina (2003, s. 179) definuje léčebný program následujícími charakteristikami:

- Přesný časový rozvrh.
- Soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a chování klientů včetně případných sankcí.
- Vyvážená skladba programu (komunitní setkání, skupinová terapie, individuální terapie, sociální terapie, pracovní terapie a činnost ve prospěch programu, volnočasové aktivity).

- Léčebný rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržených do 5 pracovních dnů v délce 3 - 6 měsíců.

Klient, pro kterého je denní program vhodný, a bude schopný v něm obstát, ho musí přijmout, mít možnost a schopnost denně dojíždět z místa bydliště, mít oporu ve svém sociálním okolí (např. spolupracující rodina a škola), pohybovat se v nedrogovém prostředí a nesmí být výrazně somaticky či psychicky poškozen. Denní léčba je pro klienta velmi náročná.

K nejčastějším komplikacím patří relaps a svévolné vypnutí z programu. Kalina (2003, s. 183) uvádí osvědčené způsoby, jak riziko těchto komplikací omezit:

- Každodenně plánovat a zpětně hodnotit dobu, kterou klient stráví mimo zařízení.
- Pravidelně či namátkově vyšetřovat moč na přítomnost drog.
- Trvale pracovat s rizikovými situacemi.
- Nezanedbávat individuální potřeby klienta.
- Spolupracovat s blízkými klienta.
- Umožnit klientovi telefonický kontakt v době nepřítomnosti v programu.

Mezi způsoby, které se běžně používají ke zvládnutí relapsové situace patří výstraha, podmíněčné vyloučení nebo vyloučení na jasně omezenou dobu při zachování individuálního kontaktu.

4.2.5 Střednědobá ústavní péče

Středně dlouhá ústavní léčba je poskytována některými psychiatrickými léčebnami nebo některými zdravotnickými i nezdravotnickými (státní i nestátní) zařízeními, nejčastěji po dobu 3 - 6 měsíců (léčba kratší než 3 měsíce není v ČR příliš rozšířena a můžeme ji označit za krátkodobou). Tato zařízení reagují především na klientovu objednávku typu: „Pomoz mi s mou abstinencí.“ (Votavová, 2003, s. 686). Předpokládají tedy klienta, který má značnou část drogové kariéry za sebou, chce se léčit, přijímá pomoc profesionálů a postupně přebírá zodpovědnost za svoji léčbu. Zařízení tohoto typu však mohou reagovat i na objednávku: „Pomoz mi řešit problémy, které mi drogy přinášejí.“ (Votavová, 2003, s. 686). Pro mladistvé klienty, kteří

přicházejí s objednávkou tohoto typu, jsou k dispozici také nezdravotnická státní zařízení zřizovaná ministerstvem školství.

Obecným cílem střednědobé léčby je abstinence od všech návykových látek. Je třeba však brát v úvahu potřeby klienta a nezhoršovat nadměrnými nároky jeho situaci. Z tohoto pohledu lze říci, že cíle mohou být velmi individuální a abstinence je jedním z řady prostředků vedoucích k vyšší subjektivní kvalitě života a k co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původních životních rolí.

Terapeutický program střednědobé léčby obsahuje skupinovou a individuální terapii, rodinnou terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu a rehabilitační aktivity jako je pracovní terapie, sport, zátěžové programy a trénink sociálních dovedností. Základem programu je strukturovaná léčba. Strukturovaný je průběh léčby (několik různých od sebe oddělených částí), týden (vyvážené střídání všech částí programu s minimem 20 hodin týdně) i den (přesný časový rozvrh jednotlivých aktivit). Se strukturou léčby úzce souvisí režim (soubor pravidel). Soubor jasných pravidel a pevná struktura programu vedou klienta k postupnému přijetí vlastních životních pravidel a struktury. Dalším jejich smyslem je podpora takových vzorců chování, které vedou k bezpečnému a perspektivnějšímu získání libosti či odměny. Vraťme se podrobněji ke struktuře celé léčby, jejíž obvyklý průběh popisuje Dvořáček (2003, s. 198):

- Fáze detoxifikace (přibližně 1 - 3 týdny). V této době dochází k základní stabilizaci klienta, provádí se základní vyšetření, je posilována motivace k setrvání v léčbě a je navázán terapeutický vztah.
- Fáze adaptace na terapeutický program a zařízení (přibližně 1 měsíc). Během této fáze se klient postupně adaptuje na strukturovaný program, režim a léčebné společenství.
- Fáze aktivní léčby (přibližně 2 - 3 měsíce). V tomto období klient aktivně spolupracuje v psychoterapii a spolupodílí se na chodu léčebného společenství. Klient aktivně řeší důsledky své drogové kariéry a zpřesňuje motivaci k abstinenci.
- Fáze příprav na návrat do původního prostředí (přibližně 1 měsíc). Pacient si vytváří reálné plány do života po léčbě, zajišťuje práci a bydlení a naplánuje si následnou péči. Menší část pacientů odchází do dlouhodobých programů terapeutických komunit nebo

různých doléčovacích programů (chráněné bydlení, denní stacionáře), většina se vrací do původního prostředí, kde následná péče probíhá ambulantní formou.

4.2.6 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je většinou nestátní specializované pobytové zařízení, kde klienti, většinou různého věku a pohlaví, spolu určitou dobu žijí a sdílejí společný program, který vede k abstinenci a sociální rehabilitaci. Tato forma léčby je dlouhodobá (18 - 24 měsíců) a velmi náročná. Vyžaduje zejména dobrou obousměrnou komunikaci (mezi klienty navzájem, mezi klienty a odborným terapeutickým týmem i uvnitř terapeutického týmu). Klienty tvoří osoby závislé, obvykle na vyšších stupních závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Cílem je především osobnostní růst, který je předpokladem trvalé změny životního stylu. „Klient v programu terapeutické komunity postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede.“ (Adameček, Richterová - Těmínová, 2003, s. 202). Podmínky života v terapeutické komunitě se snaží maximálně přiblížit realitě běžného života, která má svá pravidla, řád a režim, ve kterém se uskutečňují reálné vztahy. Terapeutický tým spolu s klienty vytváří jasná pravidla chodu komunity, jsou odpovědní za svá rozhodnutí i za své okolí, poskytují i přijímají zpětnou vazbu apod.

Základním nástrojem terapeutické změny je skupinová psychoterapie založená na sociální interakci, sdílení, sdělování, konfrontaci a odreagování emočního napětí. Klíčovým prvkem programu jsou denní setkávání komunity a týmu, při nichž se reflektují předchozí události, řeší se problémy, přijímají rozhodnutí a upřesňuje denní program. Dalšími složkami programu obvykle je individuální terapie, rodinná terapie, pracovní terapie, vzdělávání, sociální práce, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity. Časová struktura dne a týdne, povinnosti klienta, požadavky na jeho chování, způsoby hodnocení požadovaného chování (sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu) jsou určeny pravidly programu. Pravidla, práva a povinnosti se liší podle toho, jak klient v léčbě postupuje a pracuje na vlastní změně.

Proces léčby je obvykle strukturovaný do třech fází. V prvním období klient dochází k

náhledu, že jeho aktuální problémy způsobila závislost na droze, rozhoduje se pro změnu životního stylu a přizpůsobuje se pravidlům komunity. Jeho způsobilost přestoupit do druhé etapy hodnotí celá komunita. Ve druhé fázi klient intenzivně pracuje na rozvoji své osobnosti a svých vztazích k ostatním v komunitě. Postupně přebírá odpovědnost za sebe i komunitu, aktivně se podílí na jejím řízení a na organizaci jejího života. Přestup do dalšího stadia opět hodnotí celá komunita. Během třetího období dochází k postupnému osamostatňování klienta. Ve dne bývá uvolněn z programu a může chodit do zaměstnání, shánět si bydlení či zajišťovat doléčování.

V komunitě s mladistvými klienty nebývá snadné, vzhledem k vývojovým specifikům a nevyzrálosti, udržet potřebnou míru strukturovanosti a prosadit dodržování pravidel. Dospívající dále vyžadují více individuální péče, pozornosti a individuální podpory. To vede ke zvýšeným nárokům na komunitní práci i na velikost a odbornost týmu. Proto mladistvým klientům nabízejí terapeutické komunity přijetí jen výjimečně.

4.2.7 Doléčovací programy

Klient, který projde léčbou v některém z pomáhajících zařízení, získá náhled na potřebu abstinence od své primární drogy a potřebu utváření životního stylu bez drog. Určitou dobu abstinoval a alternativní životní styl hledal pod ochranou léčebného zařízení. Nyní odchází do běžného života a je náhle vystaven všem jeho nárokům a požadavkům. Najednou se objevuje spousta praktických problémů k řešení, jako je např. škola, zaměstnání, bydlení, různé dluhy, sociální vztahy. Pro klienta v takto nestabilní životní situaci je velmi náročné realizovat svá rozhodnutí, jeho motivace k životu bez drog může být oslabena. Právě v takovém případě pak vyslovuje objednávku: „Pomoz mi s mým novým životem.“ (Votavová, 2003, s. 687). Na tuto objednávku reagují doléčovací programy, které pomáhají vytvořit podmínky pro abstinenci, podporují klientovu samostatnost a posilují jeho kompetentnost žít svůj vlastní život. Mezi hlavní složky programu následné péče patří psychoterapie (stabilizace klientovy emotivity), prevence relapsu (rozpoznání a zvládání rizikových situací), sociální práce (praktická pomoc při zvládání sociálně právních problémů), chráněné bydlení, rekvalifikace a práce (umožňují upevnit základní pracovní a životní návyky), lékařská péče (pomoc při hledání adekvátní lékařské péče, fyzická rekonvalescence), práce s rodinnými příslušníky (podpora změny postojů a vzorců chování celé

rodiny), nabídka volnočasových aktivit. Doléčovací programy často navazují na základní léčbu např. v terapeutické komunitě. Ve své náplni je také mají mnohá pracoviště s ambulantní péčí. „Doléčovací centra, nabízející doléčovací aktivity spolu s chráněným bydlením jsou v naší republice spíše snem než skutečností.“ (Votavová, 2007, s. 389). Délka programu následné péče je určena na základě klientovy zakázky. Důležitým momentem celého procesu uzdravy je však ustupující intenzita podpory klienta. Jedině tak může získat možnost plně převzít zodpovědnost za svůj život.

4.3 Model Cesta Řevnice (Oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí)

Oddělení Cesta Řevnice zahájilo svůj provoz v květnu roku 1997 na základě projektu, který vypracoval MUDr. Ivan Platz a PhDr. Milada Votavová. Statutárně jde o státní příspěvkovou organizaci zřízenou odborem speciálního školství MŠMT. Toto oddělení je detašovaným pracovištěm Dětského diagnostického ústavu Dobřichovice, což umožňuje realizovat pobyty jak dobrovolné, kde je podmínkou souhlas rodičů, tak pobyty nedobrovolné, kde klient má soudem nařízeno výchovné opatření. V současné době je Cesta Řevnice jediným specializovaným pracovištěm v České republice, které poskytuje střednědobou pobytovou terapeutickou péči dospívajícím problémovým uživatelům drog ve věkové kategorii 15 - 18 let.

Základní myšlenkou programu je navazování terapeutické spolupráce s mladistvými problémovými uživateli drog, u kterých jsou již jasně definovatelné ztráty, které jim tento životní styl přinesl, kteří svou situaci nahlízejí a sami stojí o změnu. Cílem je poskytnutí možnosti a dostatečného prostoru ke změně postoje k životnímu stylu, nebo ke změně postoje k léčbě jako takové.

Terapeutický pobyt je rozdělen do dvou následných programů. Do základního programu je možné přijmout maximálně 12 klientů, lze umístit děvčata i chlapce. Pobyt zde trvá přesně 59 dnů, skupina je uzavřená (klienti současně nastupují i odcházejí). Platí jasně strukturovaný denní program. V individuálních případech je vhodné základní program prodloužit formou chráněného bydlení opět na dobu nejvýše 59 dnů. O jeho možném prodloužení se rozhoduje individuálně. Kapacita chráněného bydlení je 6 lůžek. Klientům, kteří odcházejí domů, je nabídnuta ambulantní

spolupráce.

4.3.1 Základní program

Nástupu klienta do základního programu předchází zpravidla alespoň jedna návštěva v doprovodu jednoho nebo obou rodičů. Při této návštěvě vedoucí oddělení (MUDr. Ivan Platz) společně s klientem a jeho rodiči pojmenují nahromaděné problémy i případná východiska, proberou očekávání od nabídnuté spolupráce, ujasní si pravidla pobytu a seznámí se s prostředím. Pokud je životní situace klienta a jeho motivace k léčbě shledána jako odpovídající, sepíše se s rodiči závazná dohoda o dobrovolném pobytu. Klienti se soudem nařízeným výchovným opatřením musí mít navíc doporučení příslušného výchovného nebo diagnostického ústavu. Pro přijetí do pobytu je dále nezbytné splnění několika podmínek. Klient musí být při příjmu toxikologicky negativní, u příjmu je prováděna orientační zkouška na přítomnost psychotropních látek. Doporučuje se (ale není podmínkou), aby nástupu předcházel pobyt na specializovaném detoxifikačním oddělení, který Cesta Řevnice pomáhá zprostředkovat, nejčastěji v Dětském a dorostovém detoxifikačním centru Nemocnice sv. Karla Boromejského v Praze pod Petřínem. Dále je vyžadováno negativní vyšetření na hepatitidy A, B, C ne starší 14 dnů. Důležité je také somatické vyšetření, které vyloučí organické onemocnění a tělesné a smyslové vady, které by klientovi znemožnily absolvovat pobyt v plném rozsahu.

Na počátku léčebného působení stojí zastavení se a odpoutání od prostředí, které klientovi umožňovalo žít závislým způsobem života. Samotná léčba by se pak dala rozdělit na tři základní velká témata. První z nich je význačné pohledem zpět na uplynulé životní události, převážně konfrontací s rodinným kontextem. Klienti se zamýšlí nad tím, co je v dosavadním životě i rodině zraňovalo, ale i nad tím, co bylo dobré a čeho si mohou vážit. Uvědomují si také, jak oni svým chováním mohli ubližovat či dělat radost svým blízkým. Vytvářejí si tak náhled na souvislosti zneužívání návykových látek a životních strategií, za které by měli za pomoci tohoto poznání přijmout odpovědnost. Druhé téma se týká současnosti a hledání vlastní identity. S pomocí terapeutického týmu je klient veden k uvědomění si svých osobnostních dispozic, k objevování pocitů a jejich přiměřenému vyjadřování, k uvědomění si reálných vztahů a vazeb ke svému okolí tady a teď. Je mu umožněno nahlédnout, jak se chová v určitých situacích, jaké výhody a

nevýhody mu skýtá jeho chování. Tak je mu postupně dána možnost poznávat své životní role a rozhodovat se pro některé z nich, případně některé opouštět. Třetí téma se zabývá otázkami budoucnosti. Zde se hledají reálné cíle, prostředky k jejich dosažení a udržení v každodenním životě. Pozornost se soustřeďuje na rozpoznávání možných rizikových situací a na hledání strategií jejich zvládnutí. Klient i jeho rodina musejí být připraveni na to, že dostát povinnostem, závazkům a požadavkům lze jen po malých krocích a musí odpovídat jejich možnostem. Důraz se také klade na uvědomění si skutečnosti, že mít potíže je součástí normy. Klient ani jeho rodina nesmí odejít s pocitem, že už je žádné těžkosti nečekají. Naopak mají obtíže předpokládat a mají být informováni o možnostech řešení, případně pomoci. V průběhu celého pobytu se také probírají existenciální otázky, životní hodnoty a smysluplnost žití.

Léčba na oddělení Cesta Řevnice staví do popředí problém vývojových úkolů. Snaží se pomoci dospívajícímu klientovi zvládnout požadavky, které vyplývají z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu růstu a zrání. To znamená, že se především snaží podílet se na rozvoji klientovy osobnosti. Tomu odpovídá skladba programu a přístup ke klientovi. V první řadě je na základě podrobného psychologického vyšetření zpracován individuální plán, který umožní osobitý přístup ke každému jednotlivci. Pro odpovědnou volbu terapeutických postupů je nezbytné porozumět příčinám, podmínkám a komplikujícím faktorům, na jejichž základě se problémy klienta objevují. Ve vysoké míře se bere v úvahu zejména rodinný kontext, práce s rodiči a dalšími důležitými dospělými. Jedním ze stěžejních úkolů, které dospívající musí řešit, je volba a příprava na budoucí povolání. Mimořádnou váhu má proto profesní poradenství i praktická pomoc v této oblasti. Důležitá je také nabídka smysluplných možností trávení volného času, při kterých klienti získávají zkušenosti, poznávají své schopnosti a utvářejí si hodnotový systém. Prostor pro sebepoznání, náhled na vlastní situaci a nastartování změny vůči sobě i druhým poskytuje skupinová i individuální terapie. Terapeutický tým Cesty Řevnice klienta provází, podporuje ho a vytváří podmínky pro jeho rozvoj.

4.3.1.1 Diagnostika

Při pátrání po příčinách drogového problému můžeme uvažovat čtyři základní etiologické modely. Biologický model vztahuje rozvoj drogové závislosti ke genetickým predispozicím, a ke

schopnosti drog navodit chemické změny v mozku (např. užití drogy vyrovná hladinu serotoninu). Psychologický model hledá problémy v sebehodnotících postojích, dále poruchy nálad a emocí, příp. poruchy osobnosti. Sociální model zdůrazňuje úlohu sociálního kontextu, kvalitu vztahů a proces sociálního učení, které prostřednictvím nich probíhá. Spirituální model sleduje pocit vnitřního naplnění, prožitek smyslu každodenního úsilí i smyslu života vůbec. S touto úrovní úzce souvisí poznatky o sobě samém, přesvědčení o osobních cílech a způsobech jejich naplnění, vyznávané hodnoty. Cesta Řevnice se v rámci diagnostiky možných příčin drogového problému zaměřuje na psychologické, vztahové a spirituální deficity.

V rámci psychologického vyšetření je vyšetřena klientova osobnost, její charakteristiky a vývoj, rodinné a sociální vztahy, průběh návykového problému a postoj k drogám, také představa o naplnění budoucnosti. Užívání návykových látek mladistvými bývá vysvětlitelné buď aktuálním přetížením duševních funkcí u dosud zdravě se vyvíjejícího jedince nebo zjevným propuknutím problému tam, kde se dosavadní vývoj osobnosti již ubíral poruchovým směrem. V prvním případě je užívání návykových látek obvykle reakcí na aktuální trauma (citové či rozumové přetížení, smrt v rodině, odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění apod.) a pocity úzkosti či zlosti, které s ním souvisí. Patří sem i celková proměna všech složek osobnosti v pubescenci a nezvládané nároky dospělosti v adolescenci (adolescentní moratorium). Ke zdrojům selhání ve druhém případě patří zejména rodina, kde se vyskytovala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita či zneužívání, nebo intenzivní a dlouhodobé stavy psychického přetížení či psychické deprivace, případně subdeprivace.

Výsledkem provedené diagnostiky je psychologická mapa klienta, která je mu prostřednictvím individuálního rozhovoru s psychologem představena a slouží jako mimořádně silný nástroj sebepoznání. S výsledky psychologického vyšetření je seznámen také celý terapeutický tým a na jeho základech je volen vhodný individuální přístup ke každému klientovi.

4.3.1.2 Rodinné poradenství

Rodina může být zdrojem četných problémů, ale i veliké emoční podpory a motivace k léčbě. Některé problémy představují příčiny vzniku a udržování závislého chování, jiné vznikají až jako důsledek užívání návykových látek. Svou roli hraje výchovný styl rodičů, přítomnost

traumatizujících prvků v rodinné historii, závislost dalšího člena rodiny, společně trávený čas, způsob komunikace a další. Při práci s mladistvým uživatelem drog je velmi důležité také vývojové hledisko. Mladý člověk se v souvislosti se svým vývojovým úkolem snaží odpoutat od rodiny, odmítnout některé její hodnoty, přijmout jiné a budovat si svou identitu. Tyto snahy mohou komplikovat jak rodiče, kteří se z různých důvodů snaží udržet stávající rodinný systém, tak samotný dospívající, který není připraven převzít sám za sebe větší díl odpovědnosti. Rodinná setkání na oddělení Cesta Řevnice jsou orientována na různé aspekty rodinného života klienta a významně napomáhají dialogu mezi členy rodiny. V průběhu klientova pobytu se rodiče nejméně dvakrát setkávají s ostatními rodiči na rodičovských skupinách. Tyto skupiny se soustředí na vzájemnou výměnu a sdílení konkrétních zkušeností a informují o procesu závislosti, léčbě i možnostech intervence v různých typických situacích. V průběhu takových skupin terapeut nechává rozběhnout diskusi tak, aby se ukázaly některé vnitřní problémy účastníků a bylo možné spoluprožít jejich tíži a složitost. Současně se snaží načasovat a dávkovat informace tak, aby převládala atmosféra naděje, že je možné a potřebné životní situaci zúčastněných řešit. Dalším rodinným setkáním, které probíhá jednou za pobyt, je individuální sezení klienta, jeho rodičů, psychologa a terapeuta, který má k danému klientovi nejblíže. Hlavním tématem rodinného setkání bývá porozumění rodinné problematice, přijetí selhávajícího dítěte, případně usnadnění procesu separace. Na osamostatňování a opouštění rodiny zpravidla nebývají připraveni ani rodiče, ani jejich dospívající potomek a jeho přirozený proces je navíc narušen drogovým problémem. Cílem bývá dosáhnout náhledu na možnosti vzájemného soužití, určit pravidla společného života tak, aby se klient mohl vrátit zpět do rodiny a konečně byl schopen postupné a zdravé emancipace. Důraz je kladen na uvědomění si vzájemných vztahů a to jak v pozitivní podobě, tak v podobě problémů, které je mohou negativně ovlivňovat. Bývá důležité zdůraznit, že je zbytečné hledat viníka drogového problému nebo se trápit pocity viny. Součástí práce s rodinou je i projektivní psychoterapeutické skupinové setkání realizované pouze v práci s klienty. Tato skupina začíná informativně, rozhovorem na téma dospělost. Diskutuje se o tom, co to znamená být dospělým, co dospělostí získáme, o co přijdeme apod. Ve druhé části účastníci mají za úkol převzít roli jednoho ze svých rodičů a podívat se na svou situaci jeho očima. Terapeut postupně s každým klientem vede rozhovor tak, jakoby skutečně byl svým rodičem. Tato technika přispívá k pochopení rodičovských pohledů a postojů, může přiblížit pochopení určitého rodičovského chování. Mnohdy také připomene bolesti, které klient svým rodičům

způsobil a rodičovskou bezmoc.

4.3.1.3 Hledání smysluplnosti života

Problémy dospívajících uživatelů drog jsou často podmíněny motivačním a citovým strádáním vycházejícím z frustrace potřeby prožívat smysl vlastního života. Otázky čemu se v životě věnovat, o co usilovat, čím se řídit, patří k dospívání a poprvé se objevují jako věc osobní volby právě v tomto vývojovém období. Citlivost a motivovanost v tomto směru však mohou svým přístupem k různým hodnotám i k dítěti samotnému ovlivňovat rodiče již od jeho útlého věku. Pokud znehodnocují nebo si nevšímají přirozených hodnot, autentických vztahů, tvořivých aktivit apod., mohou způsobit, že si dítě zažije pocit bezcennosti vlastního snažení, případně i sebe samého, a jeho vývoj se ve vnímání hodnot a smyslu svého počínání odchýlí nevhodným směrem (vyhledávání bezprostředního uspokojení, uhýbání před přirozenými nároky, nutkavé usilování o přijetí partou, agrese atd.). V rámci pobytu na oddělení Cesta Řevnice je k obnovení chápání smysluplnosti využívána konfrontace klientů s různými životními situacemi a jejich nároky jako s příležitostmi k využití a k aktivnímu naplnění. Terapeuti nabízejí příležitosti a ukládají úkoly tam, kde je zapotřebí přimět klienta, aby si vyzkoušel potencionálně léčivou příležitost určitých situací, činností, postojů apod. Základem je vnímavost vůči možnostem a potřebám klienta a vůči možnostem a potřebám změny v jeho osobních postojích k sobě a k vlastnímu životu. Zdůrazňována je jeho osobní svoboda rozhodovat o svých činech a přijímat za to vlastní odpovědnost.

Konkrétně jsou do programu zahrnuty rozmanité arteterapeutické techniky, zážitková pedagogika, pracovní terapie a další skupinové aktivity. Velký důraz je kladen i na hledání smysluplného povolání a výběr školy či rekvalifikačního kurzu, v němž odpovědnost přebírá především klient.

4.3.1.4 Profesní poradenství

Volba optimální profesní orientace a vzdělávací cesty je významnou součástí seberealizace a úzce souvisí se situací v osobním životě. Problémy se školou, učilištěm, případně s pracovním zařazením jsou velmi časté a obvykle se řeší v průběhu celého pobytu. Značná část

klientů ve škole neprospívá, má spoustu absencí, opakuje nebo má přerušené ročníky či je přímo vyloučena. V rámci profesního poradenství jsou zjišťovány předpoklady klienta ve vztahu k možnostem profesní orientace a volby vzdělávací dráhy, jeho zájmy, konkrétní představy a problémy. Po posouzení zjištěných informací se s ohledem na klientovu situaci a jeho osobní výběr hledají optimální cesty, jak úspěšně pokračovat v započatém studiu (např. domluva s příslušnou školou na individuálním studijním plánu) nebo jak využít jiných vzdělávacích možností (např. změna studijního oboru či rekvalifikace). Základním cílem je, aby klient po ukončení terapeutického pobytu přesně věděl, kdy a kde nastoupí do pravidelného školního, případně pracovního režimu.

4.3.1.5 Arteterapeutické techniky, zážitková pedagogika, pracovní terapie

Výtvarné techniky (kreslení, malování, koláž, modelování z hlíny, fotografování) poskytují zážitek tvorby, posilují důvěru ve vlastní schopnosti a mohou se pro klienta stát inspirací k vyplnění volného času i po ukončení léčby. Kromě toho umožňují sebevyjádření beze slov. Tím jsou přístupné i klientovi, pro kterého je slovní vyjádření z různých důvodů obtížné nebo mohou pomoci zprostředkovat neuvědomované pocity, myšlenky a zkušenosti. Terapeut zadá téma, které se symbolicky váže k určitému okruhu, každý klient toto téma individuálně zpracuje a skupina mu poté k jeho dílu nabízí rozmanité asociace. Tím vzniká konkrétní sdělení, o kterém je možné diskutovat a klient má možnost podívat se na symbolicky zobrazenou skutečnost z různých úhlů pohledu.

Zážitková pedagogika, spojená s relativně velkou fyzickou zátěží, zrcadlí způsoby chování v zátěžových situacích, učí odvaze, sebeovládání a osobní kázni. Zvládnutí fyzicky náročného úkolu, spojeného mnohdy se strachem a určitým nepohodlím, posiluje sebedůvěru ve vlastní schopnosti a sebejistotu. Zátěži je vystaven nejen každý člen skupiny, ale také skupina jako celek. Každý jednotlivý klient se tak navíc učí spolupráci, toleranci a empatii. Součástí programu zážitkové pedagogiky jsou výjezdy do terénu, zimní i letní přechody hor, vodní turistika, cykloturistika a základní horolezecký výcvik. Každý týden je navíc jedno dopoledne vyhrazeno práci s koňmi, kde je možné se o koně nejen starat, ale učit se i základům jízdy.

Další pravidelnou a důležitou součástí programu je pracovní terapie (každodenní úklid a

údržba pokojů a společných prostor, úprava zahrady, praní prádla, žehlení, drobné opravy atd.). Práce v tomto smyslu přináší jasně viditelné výsledky, za které je možné klienta okamžitě ocenit. Klient tak získává vědomí, že něco dovede, že se dokáže postarat sám o sebe i ostatní, může si sám sebe vážit a být uznáván druhými. Do společné práce se zapojují i všichni terapeuti, kteří jsou právě ve službě a fungují tak jako vzor.

4.3.1.6 Skupinová terapie

Vzhledem k charakteru uzavřené skupiny probíhá většina každodenního života i programu společně. Skupinová forma práce je v souladu s přirozenou potřebou dospívajícího někam patřit, s někým se identifikovat, sdílet prostor. Terapeutické skupiny jsou zaměřeny na problematiku jednotlivých klientů (tematické, životopisné či interakční skupiny). Kromě toho se skupina každodenně setkává se záměrem reflektovat společný život a takové osobní problémy, které s ním bezprostředně souvisejí. Ve skupině se klient učí lépe vyjadřovat vlastní emoce, myšlenky a názory, také být citlivý ke sdělení druhých. V otevřené interakci s vrstevníky má klient možnost srovnání vlastních zkušeností se zkušenostmi ostatních, možnost reflektovat a být reflektován. To vše posiluje sebevědomí, umožňuje větší míru sebepoznání a je předpokladem ke změně vztahového rámce. Pro experimentování s novým sebepojetím a následnou změnou chování je opět vhodným a bezpečným prostorem prostředí skupiny. Zkoušení nových forem chování potřebných k řešení řady životních situací je v průběhu skupinové terapie někdy přímo navozováno, např. formou hraní rolí. Modelování vlastního chování je znovu předmětem konfrontace s druhými i se sebou samým. S interakcemi členů skupiny se mísí terapeutovy vstupy a intervence. Terapeut musí být při skupinové práci aktivní, využívat aktuální situaci, přinášet podněty, provokovat práci skupiny (např. se po kruhu ptát jednotlivých klientů na jejich názor). Tlumočí to, co jednotlivci prožívají a co se děje ve skupině. Nezastupitelnou roli hraje v utváření charakteru skupiny jako bezpečného místa, kde je možné se svěřit, aniž by člověk riskoval nepochopení. Pro mnohé klienty je zkušenost pozitivního přijetí, ocenění a respektování ze strany vrstevníků obzvláště cenná. V ideálním případě je terapeutická skupina pro klienty zdrojem zkušenosti, že dělat něco pro druhé přináší uspokojení.

4.3.1.7 Individuální terapie

Při této formě léčby klient vstupuje do užší spolupráce s jedním z terapeutů a ve většině případů mezi nimi vzniká velmi intenzivní a důvěrný vztah plný osobního zaujetí a spolupráce. Osobní terapeut se stává další významnou osobou v životě klienta. Na základě psychologického vyšetření a osobních rozhovorů ho vede k úvahám nad sebou samým, svými zkušenostmi, možnostmi a budoucím životem. Klient se může svěřit se svými prožitky, přáními a strachy, které jsou terapeutem reflektovány a probírány z různých úhlů pohledu. Terapeut pomáhá klientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak žije a jak by žít chtěl. Společně hledají všechny konkrétní možnosti způsobu života po léčbě a řešení některých problémů. Zvažují klady a zápory těchto možností a postupně formulují jasné cíle a konkrétní kroky, které budou potřeba k jejich utváření. Osobní terapeut hlídá a upozorňuje na reálnost těchto cílů, je v kontaktu s rodiči, vzdělávacími institucemi, sociálními pracovníky apod. Pozornost dále věnuje schopnosti klienta vyhnout se drogám, rizikovým situacím, ve kterých se u něj objevuje, nebo by se mohla objevit, chuť na drogu a strategiím, jak těmto situacím čelit nebo před nimi uniknout. Osobní terapeut přispívá k většímu sebevědomí dospívajícího, podporuje ho a oceňuje i jen počátek nebo náznak změny k lepšímu.

4.3.2 Ambulantní program

Po ukončení základního pobytu je klientovi i jeho rodičům nabídnuta možnost ambulantních kontaktů (osobních nebo telefonických). Cílem této návazné spolupráce je především udržení a posílení pozitivních změn, které byly nastartovány během základního terapeutického pobytu a průběžné monitorování situace především v prvních dnech a týdnech po odchodu z oddělení. Významné je nejen odpoutávání se od vazeb na drogové prostředí, ale i opětná adaptace na podmínky doma i ve škole. Snahou je podporovat klienta v započaté abstinenci, pomáhat mu vyrovnávat se s náročnějšími životními situacemi, získávat sebedůvěru v běžném životě a důvěru své rodiny a blízkých osob. U řady klientů ovšem bývá nezbytné řešit i problémy selhání.

4.3.3 Prodloužený program

Oddělení Cesta Řevnice má statut pracoviště s prodlouženým pobytem, v indikovaných případech je tedy možné, aby klient po ukončení základní dvouměsíční fáze pokračoval v pobytu na chráněném bydlení. V programu prodlouženého pobytu je klient konfrontován s reálným prostředím. Navštěvuje školu nebo pracuje jako brigádník, chodí na vycházky, jezdí na víkendy domů apod. Vždy se vrací zpět do zařízení, kde má možnost reflektovat své prožívání, úspěchy či neúspěchy a strategie, které v reálném prostředí používá. Důležitou součástí programu chráněného bydlení je odborná práce se selháním. Klient, který chce být do tohoto programu zařazen, musí o přijetí sám požádat a uvést přesvědčivé důvody, proč a jak by prodloužený pobyt využil. Prodloužení pobytu musí být v přímé souvislosti s přípravou na budoucí povolání. Klient tedy musí navštěvovat školu, učiliště, rekvalifikační kurs, ve výjimečném pracuje jako brigádník. Konečné stanovisko, zda bude žádost přijata, je plně v kompetenci vedoucího programu chráněného bydlení a psychologa oddělení. Pobyt se obvykle prodlužuje o dva měsíce. Celkový pobyt (včetně základního programu) může trvat maximálně šest měsíců. Na žádost klienta nebo jeho rodičů může být také zkrácen nebo kdykoli ukončen. Na chráněné bydlení je též možné přijmout klienta, jehož nástup přímo nenavazuje na předchozí dvouměsíční pobyt. Kriteria přijetí jsou shodná s výše uvedeným.

5. Empirická část

5.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém představuje rozvoj problémového užívání drog u mladistvých a způsob jejich léčby. Zvolený problém se pokusím uchopit procesuálně. Budu tedy sledovat historii rozvoje problémového užívání drog, jeho aktuální stav a směr dalšího vývoje. Zdůrazním jedinečnost příběhu každého klienta a individuálnost přístupu k němu.

5.2 Cíl výzkumu

Cílem je poznat případy konkrétních klientů do hloubky, co nejpodrobněji je popsat a porozumět okolnostem, které vedly k rozvoji drogové kariéry. Na základě tohoto poznání určit oblasti významné pro léčbu. Sama pracuji jako odborný vychovatel na pracovišti zabývajícím se léčbou mladistvých problémových uživatelů drog, každého z popisovaných klientů jsem měla v osobní péči a porozumění příčinám rozvoje jejich drogového problému bylo předpokladem pro odpovědnou a účinnou volbu konkrétních forem pomoci. Získané informace mohou být využity k případné další spolupráci s danými klienty, mohou zvyšovat její účinnost a zlepšit péči o ně. Výsledky výzkumu mohou představit některá specifika léčby mladistvých uživatelů drog.

5.3 Výzkumné otázky

Základní otázka, kterou si kladu je:

Které faktory u konkrétního klienta přispěly k rozvoji problémového užívání drog?

Doplňující otázky jsou:

Jakým způsobem ovlivnilo užívání drog klientův život?

Jak vypadala rodinná situace klienta?

Jaké byly základní osobnostní charakteristiky klienta?

Na které oblasti se soustředila práce s klientem?

5.4 Výzkumný design

Potřeba porozumět jednotlivým případům do hloubky, zachytit příčiny problémů u jednotlivce, jejich vývoj i změnu, mě přivedla ke kvalitativnímu přístupu, konkrétně k výzkumnému designu případové studie. Strategie případové studie mi umožnila maximálně využít všechny zdroje dat, které jsem měla k dispozici.

5.5 Výzkumné metody

Při výběru vhodných metod sehrál hlavní roli zájem o poznání osobnosti a životního příběhu každého klienta, o porozumění příčinám, které ho přivedly do léčby problémového užívání drog, o navázání užšího kontaktu s ním a o účinnou pomoc při zvládání jeho potíží. Startovní analytický materiál pro mě představovaly výsledky psychologického vyšetření a klientova autobiografie. Ty ukázaly první problémové oblasti, na které jsem se mohla dále soustředit. Postupně uskutečňované hloubkové rozhovory tyto oblasti upřesňovaly a přinášely osobní pohled klienta na ně a na to, jak je vnímal a prožíval. Zúčastněné pozorování přinášelo informace o chování a jednání klienta v konkrétních, právě probíhajících situacích, pomohlo mi získat komplexní pohled na klienta a jeho situaci a přinášelo témata pro jejich reflexi. Jako pozorovatel jsem se také účastnila skupinového rozhovoru v podobě rodinného setkání, které přispělo k porozumění rodinné problematiky a ukázalo možnosti k jejímu případnému ovlivnění. Z proběhlých rozhovorů a pozorování jsem si pořizovala písemné záznamy.

5.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří pět konkrétních klientů, kteří nastoupili k léčebnému pobytu na oddělení Cesta Řevnice (Oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí) z důvodu problémového užívání návykových látek. Jedná se o tři dívky a dva chlapce ve věku sedmnácti let. Každý z uvedených klientů strávil na oddělení 59 dní a absolvoval tak základní program v plném rozsahu. Jedna dívka a jeden chlapec pokračovali v pobytu na chráněném bydlení. Každého z uvedených klientů jsem měla po dobu pobytu v základním programu v osobní péči. Neuvedla jsem žádná data, jež by umožnila jejich

identifikaci. Příjmení, datum narození a místo bydliště neuvádím, křestní jména jsem změnila.

5.7 Zpracování výsledků výzkumu

Jednotlivé případové studie uvádím ve zkompletované podobě s ohledem na jednotlivé kategorie, k jejichž vytvoření mě vedlo použití otevřeného kódování. Získaná data jsem rozdělila na jednotky, které jsem pojmenovala. Vytvořila jsem si seznam pojmů, který jsem postupně třídila a organizovala. Porovnávala jsem zdroje dat mezi sebou. Nakonec jsem jednotlivé pojmy seskupila do čtyř kategorií, které jsme mohla použít při sestavování všech uváděných případových studií. Byly vytvořeny tyto základní kategorie a jejich podkategorie:

A. Droga

- první kontakt s drogou a jeho okolnosti
- rozvoj drogové kariéry
- pokusy o abstinenci
- problémy spojené s užíváním drog

B. Rodina

- rodina v době narození
- rodina v době růstu
- současná rodinná situace
- konflikty v rodině
- vztahy v rodině
- způsob výchovy

C. Osobnost

- věk
- inteligence
- temperament
- chování
- jednání
- prožívání
- způsob zvládání náročných situací

D. Budoucnost

- uvažování o možnostech změny
- rozhodnutí o změně
- konkrétní kroky
- rizikové situace

Některé kategorie se překrývají a zároveň se ovlivňují navzájem. I přes tento fakt mi podrobnější kategorizace umožnila přehlednější analýzu a usnadnila interpretaci získaných dat. Vzhledem k tomu, že u každého z klientů byl kladen důraz na některá témata více a na některá méně, neobjevují se u jednotlivých studií všechny výše uvedené kategorie.

5.8 Analýza výsledků výzkumu a jejich interpretace

5.8.1 Nina (17 let)

Nina nastoupila k terapeutickému pobytu na oddělení Cesta Řevnice dne 18. 5. 2010 na vlastní žádost a doporučení Diagnostického ústavu pro mládež Hodkovičky, kam byla přemístěna

z důvodu soudem nařízeného předběžného opatření. Indikací nástupu na oddělení bylo užívání návykových látek a dlouhodobé výchovné problémy (záškoláctví a útky z domova). Jednalo se hlavně o užívání pervitinu a THC.

Nina se narodila jako první dítě sedmnáctileté matce. Na výchově se výraznou měrou podílela babička. V jejích šesti letech se rodiče rozvedli a s otcem se přestala stýkat. Po rozvodu si matka našla nového partnera, se kterým měla dvě děti, chlapce 2 a 4 roky. Nového partnera matky Nina považovala za svého otce a dobře s ním vycházela. V rodině se Nina cítila dobře. Ve škole ji, podle jejích slov, neměli rádi, posmívali se a šikanovali. V sedmé třídě se začala Nina bouřit, nechtěla si nic nechat líbit, chtěla být součástí vrstevnické skupiny. Začala se prát, kouřit, byla drzá na učitele apod. V té době matka porodila chlapce a krátce poté podruhé. Nina těžce nesla, že se z jedináčka stala starší sestrou dvou bratrů, o které se, podle ní, musela stále starat. Nina se začala učit na servírku, ale měla špatné známky a do školy přestala chodit. Nakonec ji ze školy vyhodili a začala docházet na pracovní úřad. V té době, údajně kvůli neustálým hádkám v rodině, poprvé utekla z domova. Následně se přestěhovala k babičce, odkud jezdila na brigádu a seznámila se s klukem, se kterým se opíjela, hulila, kradla a postupně začínala bydlet u kamarádů (přesto stále ještě pracovala). Jednomu z nich se pokusila pomoci přestat v užívání drog. Nakonec vyzkoušela pervitin s jeho kamarádem a od té doby fetovala pravidelně. Poté, co jí na to přišla babička, absolvovala detoxifikaci a pokusila se abstinovat. Čtyři měsíce drogy nebrala, bydlela doma, vrátila se do školy (SOU, obor krejčová). Abstinovat ale nevydržela a kvůli výčitkám svědomí opět utekla z domova. Z důvodu soudem nařízeného předběžného opatření byla policií přemístěna do DÚ Hodkovičky, kde strávila tři měsíce.

Na začátku pobytu bylo uskutečněno rodinné setkání, které bylo pro Ninu velmi důležité a dost se ho obávala. Podle jejích slov si nebyla jistá, zda jí má máma ráda a na vztahu s matkou jí velmi záleželo. Ukázalo se, že takové obavy byly zcela mylné, její máma byla milující a pečující žena, které na dceři velmi záleželo. Obě si potvrdily důležitost pro sebe samé, snahu společně vycházet a budovat budoucnost. To se týkalo celé rodiny, která se jevila velmi soudržně. Hovořili jsme o výhodách a nevýhodách těsnosti i částečné rozvolněnosti rodinných vztahů. Matku jsme se snažili vést k náhledu, že vztah mezi ní a Ninou by měl nabýt jiných rozměrů. Mělo jít o vztah partnerský.

Na rodinném setkání byl také zřetelně pojmenován jeden z nejhlavnějších problémů Niny, a to snaha být za každou cenu ve všem perfektní a pokud se nedaří, propadnout pocitům bezmoci, zmaru a z této situace utéct. Vyšlo najevo, že byla nejšťastnější, když byla dítě pro radost. Celá rodina na ni byla pyšná. Nina tento postoj přijala jako součást sebehodnocení („Jsem OK, jen když jsem dokonalá.“). Ve skutečnosti rodina na Ninu žádné přehnané nároky a požadavky neměla, byly součástí jejího sebeobrazu. Nechala se rozhodit každým svým selháním, protože se domnívala, že opět zklamala své nejbližší. Před touto skutečností se snažila utíkat. Pokud bylo její chování reálně společensky nepřijatelné (brala drogy, chodila se závadovou partou, utíkala z domova), trpěla masivními pocity viny a výčitkami svědomí. To bylo opět důvodem k útěku. Z budoucnosti měla Nina obavy, které pocházely z obrovského přání nezklamat, příliš velkých nároků, které si kladla sama na sebe a nízké sebeakceptace.

Během pobytu se Nina ukázala jako inteligentní dívka (hranice nadprůměru), která ale nebyla moc schopná porozumět druhým. Měla pocit, že ji nikdo nechápe a nikdo s ní nesympatizuje. To nahrazovala egocentrickou snahou o osobní uznání a úctu. Považovala se za oběť, nároky na svou osobu pokládala za příliš vysoké, zažívala intenzivní stres, napětí a úzkosti. Redukci těchto pocitů hledala v únikových řešeních. Bála se formulovat nové cíle a často propadala do bezvýchodnosti. Neuváděla žádné zájmy. Úkoly zvládala dobře až do první překážky či nezdaru. Rychle pak vše vzdala a pocit zmaru zobecnila na všechny své další snahy.

Léčebné působení bylo zaměřeno na poskytnutí dostatečné pozornosti a uznání, na uvědomění si příliš vysokých nároků, které si kladla sama na sebe a jejich snížení prostřednictvím formulace reálných cílů, na bezpečné zvládání stresových a problémových situací skrze zájmové činnosti. Bylo zapotřebí jí poskytovat velkou míru vnější podpory, motivace a ujištění, že „učení z nebe nespádl“, že každému se občas něco nepovede a každý umí něco jiného. Zdálo se, že to Nina alespoň zčásti přijala za své a podařilo se tak trochu upravit její velice nízké sebehodnocení.

Vzhledem k její inteligenci jsme navrhli změnu školy a zajistili přijetí na střední průmyslovou školu textilní. O tuto školu měla Nina velký zájem, byla ráda, že dostala příležitost ji navštěvovat a dokonce se v průběhu pobytu začala mírně učit. Zároveň u ní přetrvávaly obavy, že ji nezvládne. Tyto obavy jsme ní do jisté míry sdíleli, proto jsme dohodli jistící řešení v podobě možnosti návratu na původní školu, kterou zvládala bez problémů. Zároveň jsme se

Nině snažili vysvětlit, že není potřeba, aby prospívala se samými jedničkami, že je normální, když člověku něco jde lépe a něco hůře.

V průběhu pobytu se u Niny podařilo vzbudit velký zájem o jízdu na koních a péči o ně. V místě bydliště jsme obstarali možnost kdykoliv docházet do stájí. Společně jsme pracovali na náhledu, který jí ukázal, že tento zájem může přinášet nejenom radost a pozitivní trávení volného času, ale i jí tolik potřebné odreagování a vybití energie.

5.8.2 Martina (17 let)

Martina nastoupila k terapeutickému pobytu na oddělení Cesta Řevnice dne 24. 8. 2010 na vlastní žádost a doporučení Diagnostického ústavu pro mládež Hodkovičky, kam byla přemístěna z důvodu soudem nařízeného předběžného opatření. Indikací nástupu bylo užívání návykových látek a dlouhodobé výchovné problémy spojené s trestnou činností (záškoláctví, odchod z domova, krádeže). Jednalo se hlavně o užívání pervitinu a heroinu.

Až do jedenácti let byla Martina hodné a pečlivé dítě. Bavila ji škola, sportovala, ráda jezdila na návštěvy k babičce a s rodiči na výlety. Ve dvanácti letech se začala spíše zajímat o kamarády a partu, začala kouřit cigarety a marihuanu, měla první problémy s neomluvenou absencí. V deváté třídě začala užívat pervitin, ten brala údajně dva a půl roku. V patnácti letech byla přijata do SOU obchodu a služeb, obor kadeřnice. Odtud byla po půl roce vyloučena. Do školy nechodila, neplnila své povinnosti. Následně byla vedena na úřadu práce. Po vyloučení ze SOU nedělala nic, jen se bavila a brala drogy. Navázala známost se starším abstinujícím narkomanem, který se s Martinou vrátil nejprve k pervitinu, pak i k heroinu. Po čase začala heroin užívat i ona. Když přišly abstinenci příznaky, začali společně páchat trestnou činnost. Martiny přítel skončil za krádeže ve vazbě a ona se obrátila na rodiče s žádostí o pomoc. Měla abstinenci příznaky, křeče, zvracela, nemohla spát. V abstinenci si pomáhala subutexem. Heroin se jí podařilo zvládnout, ale pervitin užívala dál. Po vloupání do osobního auta a střetu s policií byla umístěna do Diagnostického ústavu pro mládež Hodkovičky.

Poprvé byla Martina vyšetřována policií ČR v červnu 2005, pro trestný čin krádeže. Za tento čin byla souzena, avšak od uložení opatření bylo upuštěno. V listopadu téhož roku byla opět vyšetřována Policií ČR pro trestný čin porušování domovní svobody, věc byla odložena. V dubnu

2010 byla opět vyšetřována pro podezření z trestného činu krádeže. Dne 9. 6. 2010 jí bylo uloženo úhrnné trestní opatření obecně prospěšných prací ve výměře 25 hodin.

Martina se narodila jako jediné dítě do úplné rodiny. Měla ještě dvě nevlastní sestry z prvních dvou vztahů otce, s nimi se ale téměř neznala. Rodiče žili spolu, nebyli rozvedeni. Na dětství měla Martina hezké vzpomínky, k rodičům měla dobrý vztah, v rodině se cítila dobře. V době nástupu na oddělení ale příliš nerozuměla tomu, že ji rodiče nechali zajít tak daleko. Rodinné setkání ukázalo, že rodiče opravdu přistupovali k výchově Martiny velice volně, často nedůsledně. Zároveň však měli ke své dceři velmi vřelý vztah a chtěli jí pomoci. Překážel strach a nejistota, jakým způsobem to mají udělat. Martina sama vyjádřila přání, aby jí rodiče více kontrolovali. V rozhovoru s námi bylo celé rodině umožněno nahlédnout, jakým způsobem je možné společně trávit čas, a jak je možné Martině vymezit hranice chování. Martině bylo zdůrazněno, že pokud od rodičů očekává ochranu a pomoc při zvládání jejího problému, musí respektovat to, co rodiče říkají.

Během pobytu se Martina ukázala jako velice živá, aktivní a společenská holka, která ale nedokázala plně nést za svoje chování zodpovědnost. Zájem a nadšení u ní vyvolávaly neobvyklé věci a události, její jednání bylo zaměřeno na získávání zážitků a zkušeností, tíhla k dobrodružství. Činnost prováděla více pro potěšení z ní samotné, než pro uznání. Snažili jsme se ji vést k uvědomování si důsledků vlastního chování a k hledání oblastí a zájmů, které by uspokojily její touhu po dobrodružství.

Na počátku pobytu Martina nechtěla přemýšlet nad svými problémy ani budoucností. Tyto myšlenky v ní vzbuzovaly velký zmatek, neuměla se v nich vyznat a nevěděla, jak s nimi naložit. Postupně jí bylo nabídnuto několik možností, mezi kterými se dokázala zorientovat. Prioritou pro ni byl návrat k rodině. Cítila velkou potřebu být ještě na chvíli dcerou svých rodičů se vším, co k tomu patří. Zároveň jsme ji vedli k uvědomění, že být doma nestačí, a že se musí něčemu věnovat. Postupně jsme zvažovali několik řešení. Nejprve Martina velice stála o návrat k oboru kadeřnice. Její motivace k pravidelné docházce do školy byla však malá. Navrhli jsme možnost následného pobytu v našem programu chráněného bydlení, odkud by mohla dojíždět na rekvalifikační kurz. Zvažovali jsme také nástup do zaměstnání. Informovali jsme ji o možnosti pobytu v terapeutické komunitě. Nechali jsme Martinu zvážit klady a zápory všech uvedených možností, včetně takové, že by nedělala nic. Vzhledem k tomu, že jejím hlavním přáním bylo

vrátit se k rodičům, rozhodla se nejprve po ukončení pobytu vrátit co nejdříve domů, kde měla zároveň možnost pracovat s matkou v továrně jako dělnice. Zároveň si uvědomila rizika a v případě, že by měla doma problémy, byla rozhodnuta okamžitě využít naši nabídku chráněného bydlení. Počítala i s možností terapeutické komunity. Škola pro ni zůstala snem, který bude možné si splnit, pokud najde dostatek vnitřní síly a odhodlání, které, jak si sama uvědomovala, neměla. Protože byla Martina velice vitální, zároveň jsme hledali možnosti, jak její energii pozitivně využít. Vhodné se nám zdály adrenalinové sporty. Pokoušeli jsme se navázat na její dřívější zájem o in-line bruslení a jízdu na kole. Co se týče jejího partnera, který byl ve výkonu trestu, byla ochotná o něm uvažovat jako o velkém riziku. Postupně jsme společně mapovali i ostatní rizikové situace. Podle vlastních slov měla největší obavy ze svých kamarádů. Byla si téměř jistá, že pokud se dostane do kontaktu s drogami, užije je a zklame tak sebe i své rodiče. Aby se tak nestalo, měla v plánu se fetujícím kamarádům vyhýbat, trávit čas s rodiči, pracovat a sportovat.

Návštěva kurátorky ke konci pobytu blíže vysvětlila a poněkud proměnila budoucí osud Martiny. Dozvěděli jsme se, že u soudu bude trvat na ústavní výchově, proto jsme museli okamžitě začít vytvářet náhradní plán. Domluvili jsme se, že nadále zůstane u nás, na chráněném bydlení, a začali jsme vyjednávat rekvalifikační kurz-prodavač/ka. Tuto možnost Martina i její rodiče přijali pozitivně. Vysvětlili jsme jim, že docházkou na teoretické hodiny a praxi si v chráněném prostředí osvojí především pravidelný režim. Rozvrh ve škole jsme zajistili (víkendy), stejně jako placenou praxi/brigádu v obchodním středisku (pracovní týden). Domluvili jsme, že pokud se bude Martině dařit, bude moci po Vánocích jezdit domů na dlouhodobé propustky. Do té doby měly být na žádost rodičů a po schválení kurátorky povolovány pouze víkendové pobyty. Dále jsme zajistili možnost vykonat veřejnoprospěšné práce.

Na prodlouženém pobytu Martina splnila povinnost výkonu obecně prospěšných prací v Občanském sdružení Náruč - na pracovišti Sociální firma Modrý domeček, v Řevnicích. Bez nároku na odměnu zde vykonávala úklidové a další pomocné práce důležité pro fungování zařízení. V práci pokračovala i po splnění nařízených hodin, celkem pět pracovních týdnů. Vedení organizace ji pro její úsilí a spolehlivost hodnotilo kladně. Dále absolvovala rekvalifikační kurz na obor prodavačka a praxi s ním spojenou. Na teoretickou přípravu samostatně dojížděla do Prahy a praxi vykonávala v obchodě s potravinami v Řevnicích. Po

celou dobu pobytu abstinovala od drog, zvládala i samostatné víkendy u rodičů. Problémem zůstalo užívání alkoholu.

5.8.3 Věra (17 let)

Věra nastoupila k terapeutickému pobytu na oddělení Cesta Řevnice po detoxifikačním pobytu v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského dne 24. 8. 2010 na vlastní žádost a doporučení VÚ a DD se školou Moravský Krumlov. Tam byla přemístěna z důvodu soudem nařízené ústavní výchovy. Indikací nástupu na oddělení bylo užívání návykových látek a dlouhodobé výchovné problémy (opakované útky z domova, diagnostického ústavu i léčby). Jednalo se hlavně o užívání pervitinu.

Věra se narodila do neúplné rodiny. Biologického otce neznala. Měla starší sestru, která žila dlouhodobě v Itálii. Vyrůstala sama s matkou a babičkou zhruba do devíti let. V té době se matka seznámila s novým mužem a vzali se. Věra nejprve žárlila, snažila se na sebe upoutat pozornost. Měla tendence k sebepoškozování, kouřila cigarety, občas pila alkohol nebo kouřila marihuanu. Později nevlastního otce přijala a měla ho ráda. Když bylo Věře třináct let, odsoudili ho za podvod, který spáchal, než se s rodinou seznámil. Odešel od nich, odstěhoval se na Slovensko a byl v celostátním pátrání. Jezdili za ním asi dva roky, než byl vypátrán a uvězněn. Ve vazbě do týdne spáchal sebevraždu. Matka se zhroutila. Věra se uzavřela do sebe a začala brát drogy. I přesto, že její problémové chování se objevovalo již dříve, byla přesvědčená, že kdyby zůstal nevlastní otec naživu, nikdy by drogy brát nezačala. Drogy jí, podle jejích slov, dodávaly sebedůvěru a pocit štěstí. S matkou si zkusily život u sestry v Itálii, který Věře vyhovoval, nefetovala, ale nemohly zůstat. Doma fetovala. Opakovaně se pokoušela léčit v různých formách zařízení. Tyto snahy narušoval její přítel vaříč, který ji vždy odvezl, se kterým poslední rok a půl žila a byla na útěku. Když byla na útěku, nedělala nic, jen brala drogy, dealovala, žila životem ulice. Přítel nakonec odsoudili za podvody a nastoupil do výkonu trestu. V té době byla Věra umístěna do VÚ a DD se školou Moravský Krumlov, kde se rozhodla pro léčbu. Před nástupem na oddělení Cesta Řevnice přerušila studium SOU, obor kuchařka, kam docházela v rámci pobytu ve VÚ a DD se školou Moravský Krumlov.

V průběhu pobytu se Věra ukázala jako cílevědomá holka, která měla velice bohatou fantazii a představivost. Těžko rozlišovala nakolik jsou její přání a cíle fantasií, neuměla přijímat odpovědnost za svá rozhodnutí. Bezstarostný život s drogami jí v podstatě vyhovoval. Věru jsme především vedli k zamyšlení se nad otázkami jaká jsem, jaká chci být, jaká bych mohla být a co proto musím udělat. Její přání jsme konfrontovali s drogovým způsobem života a snažili jsme se ji vést k uvědomění si jednotlivých kroků, které budou nutné k jejich naplnění. Podporovali jsme zejména snahu o samostatný život.

Na začátku pobytu byla Věra zdrženlivá, o svých problémech a budoucnosti raději přemýšlela sama. Často bylo patrné, že říká to, co si myslí, že dospělí chtějí slyšet. Nebyla vidět snaha o výraznou změnu životního stylu. Chtěla prostě pobyt u nás přežít a z budoucnosti byla spíše bezradná. Myšlenky na ni v ní vzbuzovaly zmatek, neuměla se v nich vyznat a nevěděla, jak s nimi naložit. Postupně jsme ji vedli k určení si priorit. Důležité pro ni bylo vzdělání, škola nebo rekvalifikační kurz, stále uvažovala o odjezdu za sestrou do Itálie, také o návratu k mámě. Sama si uvědomila, že návrat do domácího prostředí je pro ni příliš ohrožující. Postupně začala nahlížet i rizikovost svého současného přítele, kterého by mohli pustit z vězení a ona by mu opět nedokázala odolat, i když věděla, že jeho sliby jsou pouhé lži. Postupně byla vidět změna v přístupu k drogám. Věře došlo, že chce být hezká, úspěšná slečna s otevřenou budoucností. Děsilo ji vědomí toho, že by mohla být špinavá, nezdravá narkomanka, v podstatě bez nikoho a ničeho. Drogy brát nechtěla, zároveň se ale necítila být dostatečně silná, aby jim, zejména ve svém domácím prostředí, kde byly všude okolo, odolala. Vzhledem k tomu, že jí mělo být brzy osmnáct, začali jsme společně uvažovat o možnostech, jak se drogám vyhnout jiným způsobem, než ústavní výchovou. Dlouhodobá léčba pro ni byla zbytečná, potřebovala jen získat jistotu. Proto nakonec vzdala myšlenky na školu i rekvalifikační kurz a rozhodla se co nejdříve využít jedinečnou příležitost a odstěhovat se za sestrou do Itálie. Tuto možnost jsme plně podpořili my i její rodina. Společně jsme pracovali na plném uvědomění si toho, co takový krok bude znamenat. Mluvili jsme o nutnosti naučit se jazyk, postupném zapojování se do pracovního procesu, případném zvyšování kvalifikace, o výpomoci sestře v domácnosti a způsobech trávení volného času. Sestra Věry přislíbila maximální podporu.

Rodinné setkání, které proběhlo ke konci pobytu, potvrdilo, že emancipační proces Věry byl téměř u konce, matku si přála mít jako oporu, chtěla následovat sestru. Matka její samostatný

život podpořila a tvrdila, že by jí její odjezd vůbec nevadil. Věra si plně uvědomila nezbytnost dospět, znala cesty i jednotlivé kroky. Rozhodnutí o změně životního stylu bylo však stále velmi křehké. V průběhu rodinného setkání se projevila stále přítomná touha zůstat na úrovni bezstarostného, nezodpovědného dítěte, žijícího pohodlný život. Ukázalo se tak, že nebezpečí návratu k drogám bylo stále velmi vysoké a zřejmě by k němu stačil drobný impuls.

5.8.4 Mirek (17 let)

Mirek nastoupil k terapeutickému pobytu na oddělení Cesta Řevnice po detoxifikačním pobytu v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského dne 11. 1. 2011. Indikací nástupu na oddělení bylo užívání návykových látek a výchovné problémy (záškoláctví, krádeže).

Až do dvanácti let byl Mirek, kromě drobných kázeňských přestupků ve škole, bezproblémové dítě. Ve 13 letech začal s partou kouřit cigarety a marihuanu, krátce poté začal hodně pít alkohol. Prý téměř denně se po škole opil. Později údajně pít přestal, ale denně kouřil marihuanu. Často kouřil i sám, bez kamarádů. Marihuanu i dealoval. Pervitin poprvé vyzkoušel v 15 letech. Dále vyzkoušel toulén, LSD, lysohlávky, extázi.

Před nástupem na detoxifikační pobyt přerušil studium prvního ročníku SOU, obor kuchař, kde do té doby bez větších problémů studoval a ve studiu měl zájem pokračovat. Od šesti do šestnácti let hrál aktivně fotbal.

Mirek se narodil do úplné rodiny a s oběma rodiči vyrůstal do svých pěti let. Z prvního manželství matky měl ještě sestru, vycházel s ní bez větších problémů. Manželství bylo konfliktní, zřejmě z důvodu otcova alkoholismu a následné agrese vůči matce i dětem. V Martinových pěti letech se rodiče rozvedli a s biologickým otcem neměl vůbec žádný kontakt. Mirek k němu stále choval nenávistné pocity. Matka se znovu vdala. Z nového manželství měl Martin malého bratra, kterého údajně miloval a byl pro něj silnou motivací k abstinenci. S druhým matčíným manželem nevycházel Mirek moc dobře. Matka se s ním brzy rozešla a našla si nového partnera. S matkou se Mirek často hádal, ale měl ji moc rád a přál si jí být partnerem a oporou. Na rodinném setkání však matka dala jasně najevo, že pevně zaujímá rodičovskou pozici a o sebemenší zrovnoprávnění vztahu mezi ní a synem nestojí. V závěru rodinného setkání jsme se alespoň pokusili pojmenovat oblasti, ve kterých by bylo možné posílit Mirkovu dospělou roli.

Během pobytu se Mirek ukázal jako nejistý kluk, který trpěl úzkostnými pocity a velmi se snažil o uznání, které spojoval s dosažením určitého cíle. Projevoval se v extrémech. Na jedné straně byl nejistý, úzkostný a trpěl pocity viny, na straně druhé měl dostatečnou sebedůvěru a byl v podstatě sám se sebou spokojený. Na jedné straně byl společenský, měl cit pro lidi i situace, na straně druhé často kontroloval své emoční projevy a choval se rezervovaně. Na jedné straně chtěl být nedílnou součástí vrstevnické skupiny, na straně druhé dával ostatním najevo jistou nadřazenost. To přinášelo další pocity úzkosti, neklidu, bezradnosti a osamocení, které se snažil okamžitě a bezmyšlenkovitě redukovat.

Zpočátku Mirek hodně přemýšlel nad svými chybami a snažil se hledat cesty k jejich nápravě. Často žádnou nemohl nalézt, negoval všechny možnosti, a tak v něm narůstalo vnitřní napětí, které redukoval nadměrným sportováním. Když jsme mu několikrát umožnili vyzkoušet si zdánlivě jednoduchá řešení jednotlivých potíží, ulevilo se mu a jeho sebevědomí raketově vzrostlo. Náhle se začal chovat, jakoby žádné problémy neměl. Byl přesvědčený, že běžný život hravě zvládne a k tomu, aby sám sobě něco dokázal a mohl si sám sebe vážit potřebuje nadměrné výkony. Plánoval si doučit se kuchařem, zároveň vystudovat střední školu, vydělávat si peníze a věnovat se sportu. Drogy pro něj nepředstavovaly sebemenší problém. Na tento stav jsme museli reagovat a postupně ho přivést k tomu, aby o své situaci uvažoval reálně. Pomohli jsme mu uvědomit si, že drogy pro něj stále představují ohrožení, že samotný boj s nimi bude ještě velká práce, a že i každodenní vítězství nad nimi může být úspěchem. Svých snů se nevzdal, ale dokázal některé odložit na pozdější dobu. Pochopil, že nadměrná zátěž by pro něj mohla být ohrožující.

Po odchodu z našeho zařízení se chtěl vrátit na SOU a dostudovat obor kuchař o který velmi stál. Tuto možnost jsme zajistili. Pomohli jsme mu zařídit si pohovor v MC'Donalds(brigáda) a domluvit si nástup zpět na fotbalové tréninky. Fotbalu se před tím, než začal s drogami, intenzivně věnoval a těšil se na návrat. Ve volném čase plánoval věnovat se rodině (hlídání bratra, pomoc v domácnosti apod.), samostudiu a příležitostně dalším sportům.

Za nejrizikovější situace, které by mohly ohrozit jeho snahu abstinovat považoval, v době před ukončením základního pobytu, setkání se s fetující společností, nudu a nepříjemné pocity. Teoreticky byl k jejich zvládnání připraven.

5.8.5 Filip (17 let)

Filip nastoupil k terapeutickému pobytu na oddělení Cesta Řevnice po detoxifikačním pobytu v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského dne 15. 3. 2011. Indikací nástupu na oddělení bylo užívání návykových látek a výchovné problémy (krádeže peněz rodičům, dealerství). Jednalo se hlavně o užívání pervitinu, který poprvé vyzkoušel v šestnácti letech. Vyhledal ho prý sám, ze zvědavosti. Velmi rychle zvýšil dávky a začal distribuovat. V té době kradl rodičům větší částky peněz. Později se sám pokusil abstinovat, vydržel dva měsíce a po hádce s rodiči se k užívání pervitinu vrátil. Zanedlouho Filipovy problémy s návykovými látkami objevili rodiče a vyhledali odbornou pomoc. Filip s léčbou souhlasil.

Před nástupem na detoxifikační pobyt přerušil studium druhého ročníku soukromé obchodní akademie, kde do té doby bez větších problémů studoval a ve studiu měl zájem pokračovat. Ve svém volném čase se Filip odmala zabýval především sportovními aktivitami, kterým se, i když v omezené míře, věnoval i v průběhu užívání drog.

Filip se narodil do úplné rodiny, vyrůstal s oběma rodiči a s o pět let mladším bratrem, se kterým měl velmi dobrý vztah. S rodiči se Filip v poslední době často hádal, nedokázal s nimi komunikovat. V době nástupu na oddělení měl pocit, že ho nechápou, kladou na něj příliš velké nároky a požadavky a obviňoval je z většiny svých problémů. Od konfliktů doma utíkal k drogám. Rodinné setkání ukázalo, že Filipovi rodiče se skutečně snažili udržet velkou těsnost a blízkost v rodinných vztazích. Měli pocit, že tak prokazují jejich kvalitu. Filipův pokus o emancipaci vnímali jako ohrožující a pociťovali vůči Filipovi velký vztek a zklamání. Rodinné setkání proto bylo zaměřeno na uvědomění si skutečnosti, že Filip nechtěl rodinu opustit, ani nijak poškodit, jen se pokusil, v souladu s jeho věkem, o větší samostatnost a zvolil k tomu společensky nepřijatelný způsob. Byla domluvena spolupráce na hledání konkrétních cest, jak rozvolnit příliš těsné a nárokové rodinné vztahy a nastartovat tak přirozený proces emancipace.

Během pobytu se Filip ukázal jako chytrý a společenský kluk (nadprůměrná intelektová úroveň), který se snažil upevnit vlastní pozici a nezávislost. Jeho jednání bylo klidné, dokázal podporovat ostatní a snažil se působit spolehlivým a důvěryhodným dojmem. Postupně jsme ho vedli k uvažování nad způsoby, jak se stát samostatnějším a k formulaci nejdůležitějších cílů. Přitom se stále obával, že mu rodiče budou bránit v tom, oč mu půjde a měl strach z rodinných

hádek. Báł se nadměrné kontroly a neustálých výčitek. Nevěřil, že se budou v rodině schopni domluvit na přijatelných pravidlech a ty dodržovat.

Proto jsme brzy začali uvažovat o možnosti prodloužit si základní pobyt a nastoupit na chráněné bydlení. Ve hře také byla změna školy a nástup na internát. Samozřejmě byla i Filipova touha přeci jen to doma zkusit a věnovat se již započatému studiu. Později se objevila možnost bydlet u babičky a dojíždět do stávající školy. Filip se dlouho nemohl rozhodnout. U rodičů na jednu stranu být nechtěl, na druhou úplně se vzdát rodinného zázemí také ne. Do rozhodnutí vstupovalo i vědomí nebezpečí drogového prostředí, ve kterém by byl nucen se po návratu domů pohybovat. Nakonec zvolil variantu dočasného chráněného bydlení a následného přestěhování se k babičce, která bydlela na vesnici nedaleko jeho domova. Filipovi se po jeho rozhodnutí viditelně ulevilo. V kontaktu s rodiči se zdál klidnější a vřelejší, změna byla patrná i z jejich strany, akceptovali pobyt na chráněném bydlení i přestěhování se k babičce.

Za nejrizikovější situace, které by mohly v budoucnu ohrozit jeho snahu abstinovat, považoval, v době před odchodem ze základního pobytu, především hádky v rodině a kontakt s drogovým prostředím. Z tohoto hlediska se jeho volba zůstat v chráněném prostředí, a později se přestěhování alespoň z části vyhnout kontaktu s rodiči a drogovým prostředím, zdála jako velmi užitečná a plně jsme ji podpořili.

Před nástupem na chráněné bydlení se Filip sešel s ředitelkou školy, na které měl přerušené studium. Stál o to, neopakovat ročník a chtěl se alespoň pokusit zvládnout učivo zameškané za půl roku a složit rozdílové zkoušky. Ředitelka i ostatní členové profesorského sboru se rozhodli jeho snahu podpořit a ujistili ho, že v případě neúspěchu bude moci bez problémů opakovat druhý ročník a normálně pokračovat ve studiu. Filipovi i jeho rodičům jsme vysvětlili, že případný neúspěch je v jeho situaci reálný a není třeba se kvůli němu zlobit či propadat beznaději. Kromě učení, Filip na chráněném bydlení docházel v dopoledních hodinách pomáhat na OÚ Zadní Třebaň, kde si vydělával menší finanční odměnu, a vrátil se ke sportu, konkrétně k jízdě na kole.

5.9 Závěry výzkumu

U Niny souvisely počátky a rozvoj drogové kariéry s nedostatečnou schopností porozumět druhým lidem, která vedla k nevyváženému sebehodnocení a k pocitu, že uznání a úctu získá pouze tehdy, když bude perfektní. Redukci napětí hledala v únikových řešeních, což pravidelně vedlo k neúspěchům a prohlubovalo pocit úzkosti, kterému se opět snažila uniknout. Léčebné působení proto bylo zaměřeno na poskytnutí dostatečné pozornosti a uznání, na uvědomění si příliš vysokých nároků, které si kladla sama na sebe a jejich snížení prostřednictvím formulace reálných cílů, na bezpečné zvládání stresových a problémových situací skrze zájmové činnosti (u Niny zejména pohybová aktivita, práce s koňmi, trávení času s rodinou a přáteli) a na zrovnoprávnění její pozice v rodině. V místě bydliště byla obstarána možnost práce a jízdy na koních. Bylo zajištěno přijetí na střední průmyslovou školu textilní a domluveno jistící řešení pro případ nezvládnutí tohoto studia. Ohrožující pro ni zůstal pocit neúspěchu, stres a kontakt s drogovým prostředím.

U Martiny souvisely počátky a rozvoj drogové kariéry se zvýšeným zájmem o partu v pubescenci, velice živým temperamentem a volnou výchovou. Drogy Martině poskytly vzrušení, zážitky a pocit dobrodružství, ke kterým tíhla. Volná výchova vedla k nezdrženlivost, přinesla problémy s respektováním pravidel a s rozpoznáváním hranic společensky přijatelného chování. Léčebné působení proto bylo zaměřeno na uvědomování si důsledků svého chování, na hledání oblastí a zájmů, které by ji identifikovaly jako individualitu, a které by uspokojily její touhu po dobrodružství a na posílení autority rodičů. Martina byla vedena k uvažování nad jednotlivými možnostmi svého chování, nad jejich negativními i pozitivními dopady a k odpovědné volbě mezi nimi. Zdroje zážitků, sebejistoty a inspirace k vyplnění volného času nacházela především v pohybových aktivitách. Rodiče byli upozorněni na nezbytnost občas něco zakázat a z případného nedodržení zákazu vyvodit důsledky. Z důvodu soudem nařízené ústavní výchovy byl Martině prodloužen základní pobyt na chráněném bydlení. Během prodlouženého pobytu splnila povinnost výkonu obecně prospěšných prací a absolvovala rekvalifikační kurz prodavač/ka. Ohrožující pro Martinu zůstalo užívání alkoholu, které nepovažovala za nebezpečné, nuda a fetující přátelé.

Počátky a rozvoj drogové kariéry u Věry souvisely se zvýšeným zájmem o partu na 2. stupni ZŠ, přítomností rodinného traumatu, tendencí unikat do fantazijního světa, nedostatečnou

schopností rozlišit fantazii od toho, co je reálné a tendencí k bezstarostnému, nezodpovědnému životu. Léčebné působení u Věry proto bylo zaměřeno na hledání vlastní identity a podporu samostatnosti. Pokud Věra vyjádřila přání, která se týkala její budoucnosti, byla vedena k podrobnému popisu a uvědomění si kroků, které byly nutné k jejich naplnění. Její přání a touhy o úspěšném životě byly pravidelně konfrontovány s jejím úzkým vztahem k příteli, aktivnímu uživateli pervitinu, a se způsobem života s drogami vůbec. Podporován byl zejména její záměr opustit, alespoň na nějaký čas, místo svého bydliště, vyhnout se tak drogovému prostředí a vyzkoušet si samostatný život. Nebezpečný pro ni zůstal návrat do prostředí, kde drogy užívala a prodávala, a stále přítomná touha žít bezstarostný život bez povinností.

Mirek vyzkoušel návykové látky poprvé ve třinácti letech s partou. Počátky a rozvoj drogové kariéry souvisely s nepříznivým vývojem v rodině, s úzkostným laděním a tendencí hledat únikové vypořádání se s problémy okamžitou redukcí negativních tenzí. Užívání drog zřejmě Mirkovi dodávalo potřebnou jistotu. Na počátku pobytu bylo léčebné působení zaměřeno na uvědomění si úzkostných pocitů, na práci s negativními myšlenkami a aktivní řešení některých problémů. Později bylo nutné pracovat s cíli a možnostmi jejich naplnění. Důležitou složkou léčby byla také skupinová práce, kde se Martin učil sdílet myšlenky a pocity s druhými. Společně jsme uvažovali nad možnostmi, jak v rámci rodiny posílit Martinovu dospělou roli. Návrat do školy a k fotbalovým tréninkům byl podrobně naplánován. Ohrožující pro něj zůstalo setkání s drogovým prostředím, nepříjemné vnitřní pocity a matka, která s Mirkem zacházela jako s malým klukem.

Filip vyzkoušel pervitin poprvé v šestnácti letech, údajně ze zvědavosti. To bylo v souladu s přirozenou touhou po experimentu, která byla dána věkem. Užívání drogy mu však poskytlo falešný pocit samostatnosti, jehož potřeba byla umocňována snahou rodičů udržet se svým synem příliš těsný a blízký vztah. Této snaze Filip nerozuměl, vnímal ji jako příliš nárokovatelský a omezující, a měl snahu se proti ní bouřit. Konflikty doma se množily a on se jim naučil vyhýbat pomocí drog. Klíčové se proto stalo zprostředkování komunikace mezi Filipem a jeho rodiči a společné hledání konkrétních cest, jak rozvolnit příliš těsné a nárokovatelské rodinné vztahy, které narušily přirozený proces separace. Po zvážení několika reálných možností se Filip, se souhlasem svých rodičů, rozhodl pro chráněné bydlení a následné přestěhování se k babičce, která žila nedaleko jeho současného domova. Docházku do školy, ani své zájmy v průběhu

drogové kariéry výrazně nezanedbával, proto nebyl problém na ně navázat. Nejvíce se obával hádek s rodiči a návratu do prostředí, kde drogy užíval a prodával.

Při léčbě každého z uvedených klientů hrálo významnou roli posilování sebevědomí, zvyšování míry sebepoznání a hledání oblastí a zájmů, které je mohly identifikovat jako individuality. Velice důležitá přitom byla spolupráce s rodinou a s úřady. Hledání vlastní identity, příprava na profesní život, konstruktivní trávení volného času, příprava na samostatný život a s ním spojená úprava vztahů v rodině patří ke klasickým vývojovým úkolům dospívajících. Můžeme tedy říci, že léčba těchto klientů byla především zaměřena na zvládnutí normálního vývoje, který drogová kariéra narušila.

Co se týče dalšího výzkumu, bylo by zajímavé porovnat plány a očekávání jednotlivých klientů před odchodem z léčby se situací v reálném životě. Životní situace klientů po léčbě představuje výraznou zátěž a přináší mnoho problémů. Zajímalo by mě, s jakými problémy se potýkali, jak je zvládali a zda využili něco z absolvované léčby.

6. Závěr

Pokusy s užíváním drog různého typu jsou dnes u dospívajících téměř normou. Často souvisí se snahou o vyjádření skupinové příslušnosti v pubescenci či s experimenty se sociálními rolami a chováním, prostřednictvím kterých hledají adolescenti svou identitu. Mnozí z nich návykové látky po čase opustí. Někteří získají prožitek, který je zařadí mezi vrstevníky, jiní uspokojí svou zvědavost, pro některé kontakt s drogou nesplní očekávání, jiné odradí nepříjemné zážitky. Pokud však změna navozená specifickými účinky určité látky pomůže dospívajícímu vyrovnat nějaké nepříjemně prožívané osobnostní deficity, pravděpodobně bude tuto látku pro její účinky užívat opakovaně a vstoupí na cestu do drogové závislosti.

Příčiny rozvoje závislosti u mladistvých jsou nejčastěji spojovány se zvládnutím tzv. vývojových úkolů. Dospívající člověk se ocitá ve zcela nové životní situaci. Mění se jeho fyzický vzhled, způsob myšlení i cítění, uvažuje o sobě, o svém životě i vlastní budoucnosti, postupně se osamostatňuje od rodičů. Všechny změny přináší pocit nejistoty a jejich zpracování je velmi náročné. V první etapě dospívání (pubescenci) jsou ústředním tématem fyzické změny, proměnlivé emoční ladění a nová kvalita sebeuvědomění, která vede ke zvýšené potřebě potvrdit si vlastní hodnotu. Důležitá je při tom zpětná vazba a akceptace ze strany vrstevníků. Negativní reakce a nedostatečná míra přijetí z jejich strany zvyšují pocit nejistoty, mohou vést k negativnímu sebehodnocení a ztrátě sebedůvěry. Jednoduchou, rychlou a účinnou úlevou od těchto nepříznivých pocitů může být užívání drog, které navíc usnadní přijetí alespoň nějakou skupinou. Úkolem druhé fáze dospívání (adolescencí) je poznání sama sebe, svých možností a mezí, hledání osobní perspektivy a životního smyslu. Aby se osobnost mohla vyvíjet v tomto směru, je nutné postupné uvolňování rodinných vazeb. Mladý člověk by měl postupně přijímat zodpovědnost za samostatně zvolený způsob života. Být samostatný a odpovědný sám za sebe mnohé adolescenty příliš neláká. Mají strach z toho, že by se měli více starat o sebe, úkoly spojené s dospělostí vnímají jako příliš omezující nebo mají pocit, že na ně nestačí. Cítí potřebu se osamostatnit, zároveň však nechtějí být plně odpovědní sami za sebe. Užívání drog v této chvíli umožňuje zažít pocit osvobození a odpoutání, zároveň nevyžaduje přijetí plné odpovědnosti za svůj život. Snahu emancipovat se mohou též komplikovat rodiče, kteří brání dospívajícímu v hledání vlastní cesty, ať z důvodu přehnaného strachu o něj či z důvodu vlastní nevyzrálosti. Užívání drog v adolescenci rovněž často souvisí se zážitky bezcennosti vlastního

snažení, popřípadě sebe samého a života vůbec. Zdrojem těchto pocitů mohou být pasivně utvářené zájmy ve volném čase, velké množství experimentů s různými sociálními rolemi a vztahy, reálné uvědomění si vlastních schopností a možností, ignorování a devalvování nejbližšími osobami.

Rozvoj závislosti na návykových látkách je většinou obecně vnímán jako pokus o obranu před negativními emocemi a problémy. Vnitřní nejistota, nízké sebehodnocení, chybějící sebedůvěra, strach, smutek, pocity vnitřní prázdnoty, nudy, nesmyslnosti a životní nespokojenosti, úzkostná snaha přizpůsobit se jsou chápány jako snížené schopnosti a deficity osobnosti, které droga může regulovat. Osobnostní vývoj ovlivňují jak vrozené vlohy, tak vnější vlivy, které mohou být aktuální nebo sahát do raného dětství. Nepříznivě působí zejména citová deprivace a subdeprivace. Mnoho autorů odkazuje především na nedostatky v interakci a komunikaci mezi rodičem a dítětem v raných obdobích dětského vývoje. Tím, že se dítěti v kojeneckém věku nepodaří těsně se přimknout k mateřské postavě a získat tak dostatečný pocit jistoty, klidu a bezpečí, získá pocit nedůvěry ke všem živým a přeneseně i neživým objektům. Nedokáže pak realizovat uspokojivý vztah nejen k lidem, ale i k věcem a činnostem. To mu brání v jasném sebeuvědomění, často prožívá prázdnotu a nudu, spoléhá na okamžité uspokojení. Přiměřená pozornost a péče rodičů je velmi důležitá v průběhu celého vývoje dítěte až do dospělosti. Chybějící uznání a chvála tlumí motivaci k činnosti, rozvíjí pocity méněcennosti a posiluje touhu vyniknout za každou cenu. Je-li dítě naopak vystaveno přehnaně ochrannému domácímu prostředí, nadměrné péči a pozornosti, postrádá motivaci k poznávání sebe, světa a vztahů v něm. Takto vychovávaný jedinec mívá sebevědomí, které nemusí odpovídat jeho schopnostem. Jeho iniciativa k objevování a uskutečňování vlastních cílů je utlumena. Je nesamostatný, k řešení problémů hledá únikové cesty a je málo psychicky odolný.

Užívání drog negativně vnímané pocity a situace na jedné straně mírní, na druhé způsobuje. Životní styl závislého jedince brzy naruší jeho blízké osobní vztahy, vede ke ztrátě zájmů, přináší obtíže ve škole či zaměstnání, směřuje k trestné činnosti. Poznamenává tak poznatky o sobě samém, představy o osobních cílech a způsoby jejich naplnění, prohlubuje pocity nejistoty, vnitřního napětí a strachu a vrcholí v zážitku odcizení, vnitřní prázdnoty a ztráty smyslu života. Tyto zážitky a pocity s nimi spojené často vedou k dalšímu užívání drog. Úleva dosažená užitím návykových látek je rychlá, a to ji zvyhodňuje před vším ostatním.

Opakovaný přísun návykové látky narušuje přirozenou rovnováhu centrální nervové soustavy. Stresové systémy se naučí řešit nelibost užitím drogy. Původní strategie dosahování libosti jsou pro komplikovanost strategií potřebných k jejich získání postupně opouštěny a jsou bez spojení s odměnou. Drogy jsou mnohem silnějším, účinnějším, rychlejším a jednodušším nositelem odměny. Po určité době je původně vyhledávaný příjemný stav vystřídán snahou o vyhnutí se abstinčním příznakům. Změny v centrální nervové soustavě jsou do určité míry vratné, je nutné, pomocí dostatečně široké nabídky aktivit, znovu objevit přirozené zdroje odměny a naučit se řešit nepříjemné situace.

Míra tělesných, psychických a interpersonálních poškození jedince užívajícího drogy významně ovlivňuje motivaci k překonání návykového problému a podobu nabízené pomoci. Na počátku užívání droga přináší větší zisky než ztráty, jakákoli změna se jeví zbytečná, pokud se objeví nějaký problém, je vnímán jako problém okolního světa. Pro uživatele v této fázi se nabízí služby minimalizující rizika jejich užívání (terénní programy). Užívání návykových látek postupně přináší problémy, které jsou již vnímány jako důsledky užívání drog. Na počátku problémového užívání je motivace ke změně ambivalentní, návykové látky stále přináší uspokojení a odborná pomoc může brzdit přirozený rozvoj motivace k abstinenci. Ke skutečnému rozhodnutí abstinovat je většinou potřeba dostatek negativních zkušeností. V tomto stadiu se nejčastěji nacházejí jedinci na konci problémového užívání. Ztráty z užívání drog jsou větší než zisky, jsou s nimi dávány do přímé souvislosti, motivace k abstinenci je vysoká. Vhodnou formu pomoci nabízí ambulantní programy nebo středně dlouhá ústavní léčba. V pokročilém stadiu závislosti přestává mít psychoaktivní látka pozitivní účinek, dovoluje překonat abstinční syndrom a umožňuje shánět potřebnou dávku, vše ostatní se stává druhořadé. Nabízená péče poskytuje základní existenční a sociální pomoc, jde především o zmírňování následků škod, které návykové látky způsobily (terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra). Pokud se uživatel v tomto stupni závislosti rozhodne abstinovat, dostatečnou podporu mu mohou nabídnout terapeutické komunity. Pomoc profesionálů potřebují i ti, kteří projdou léčbou v některém z pomáhajících zařízení a čeká je návrat do běžného života. Doléčovací programy často navazují na základní léčbu nebo jsou realizovány v rámci ambulantních programů.

Konkrétní léčebný program pro mladistvé problémové uživatele drog nabízí ojedinělé pracoviště Cesta Řevnice (Oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou

drogovou závislostí). Poskytuje střednědobou pobytovou terapeutickou péči pro děvčata i chlapce ve věkové kategorii 15 - 18 let. Spolupracuje s těmi, kterým užívání drog již přineslo jasně definovatelné ztráty, kteří svou situaci nahlížejí a sami stojí o změnu. Léčba staví do popředí problém vývojových úkolů. K obnovení normálního vývoje, který drogová kariéra narušila a zdeformovala, patří úprava vztahů s rodinou, příprava na profesní život, příprava na samostatný život, získání základních sociálních a pracovních dovedností, vytváření hodnotového systému, trávení volného času. Konkrétní obsah léčby je volen vzhledem k individualitě dospívajícího, jeho problémům a prostředí v němž žije a užívá návykové látky.

Literatura

- ADAMEČEK, David, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina, KALINA, Kamil. *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 201-207. ISBN 80-86734-05-6.
- BALCAR, Karel. *Psychoterapie u dětí a dospívajících*. In ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 493-549. ISBN 80-247-1049-8.
- BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria publishing, 1995. 90 s. ISBN 80-7187-003-X.
- BROŽA, Jiří. *Děti a mladiství*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. s. 253-262. ISBN 978-80-247-1411-0.
- BROŽA, Jiří. *Děti a mladiství*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 232-237. ISBN 80-86734-05-6.
- Definice minimálních standard léčebné péče*. Nepublikováno.
- DOBIÁŠOVÁ, Dana, BROŽA, Jiří. *Motivační trénink*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 283-289. ISBN 80-86734-05-6.
- DVOŘÁČEK, Jiří. *Neurobiologie závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 25-35. ISBN 978-80-247-1411-0.
- DVOŘÁČEK, Jiří. *Střednědobá ústavní léčba*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 194-200. ISBN 80-86734-05-6.
- ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1999. 127 s. ISBN 80-7106-291-X.

- FRANKL, Viktor Emanuel. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 88 s. ISBN 80-901601-4-X.
- FROUZOVÁ, Magdalena. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.
- HAJNÝ, Martin. *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 41-51. ISBN 978-80-247-1411-0.
- HAJNÝ, Martin. *Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.
- HAJNÝ, Martin. *Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 135-139. ISBN 80-86734-05-6.
- HAMPL, Karel. *Lékařská ambulantní péče o závislé*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 172-171. ISBN 80-86734-05-6.
- HRDINA, Petr, KORŠIČOVÁ, Blanka. *Terénní programy*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159-164. ISBN 80-86734-05-6.
- JEDLIČKA, Richard, KOŤA, Jaroslav. *Aktuální problémy výchovy. Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Praha: Karolinum, 1998. 169 s. ISBN 870-7184-555-8.
- JEDLIČKA, Richard a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vyd. Praha: Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
- JEDLIČKA, Richard. *Problémy socializace, pedagogická diagnostika a práce výchovného poradce ve škole*. In VALIŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1.

vyd. Praha: Grada, 2007. s. 319-371. ISBN 978-80-247-1734-0.

JEŘÁBEK, Petr. *Psychopatologie závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 53-70. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil. *Denní stacionáře*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 179-189. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, MIOVSKÝ, Michal. *Psychoterapie v léčbě závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 159-180. ISBN 978-80-247-1411-0.

KELLER, Daniel S. *Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: Psychoanalytický příspěvek k léčbě drogové závislosti*. In ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 72-94. ISBN 80-7169-836-9.

KOUDELKOVÁ, Anna. *Psychologické otázky delikvence*. 1. vyd. Praha: Victoria publishing, 1995. 114 s. ISBN 80-7187-022-6.

KUDA, Aleš. *Následná péče, doléčovací programy*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 208-214. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 90-95. ISBN 80-86734-05-6.

LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel, ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.

LEEDS, Jerem, MORGENSTERN, Jon. *Psychoanalytické teorie drogové závislosti*. In ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 59-70. ISBN 80-7169-836-9.

LIBRA, Jiří. *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové*

- závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.
- LUKASOVÁ, Elizabeth. *Logoterapie ve výchově*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 207 s. ISBN 80-7178-180-0.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-515-6.
- MILLER, William R., Rollnick, Stephen. *Motivační rozhovory*. 1. vyd. Tišnov: SCAN, 2004. 311 s. ISBN 80-86620-09-3.
- MINAŘÍK, Jakub. *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 339-364. ISBN 978-80-247-1411-0.
- MORGAN, Thoomas J. *Techniky behavioristické léčby pro poruchy spojené s užíváním drog*. In ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 165-182. ISBN 80-7169-836-9.
- NEŠPOR, Karel. *Detoxifikační jednotky*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 190-194. ISBN 80-86734-05-6.
- NEŠPOR, Karel. *Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 217-222. ISBN 80-86734-05-6.
- NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, Karel. *Problémy působené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání*. In ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 261-280. ISBN 80-247-1049-8.
- NEŠPOR, Karel. *Úvod do problému diagnostiky a matchingu*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 213-216. ISBN 80-86734-05-6.

- NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina. *Systém péče a jeho složky*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 369-384. ISBN 978-80-247-1411-0.
- ROTGERS, Frederick. *Behaviorální teorie léčby drogové závislosti: věda ve službách praxe*. In ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 144-162. ISBN 80-7169-836-9.
- ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen. *Psychologické otázky adolescence*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2001. 141 s. ISBN 80-7326-001-8.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
- SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 206 s.
- ŠEBEK, Michael. *Neklidné děti a jejich výchova*. 1. vyd. Praha: SPN, 1990. 128 s. ISBN 80-04-23643-X.
- ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- URBAN, Eduard. *Toxikománie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 196 s.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0. Kapitola 9, Období dospívání - pubescence, s. 209-252.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0. Kapitola 10, Adolescence, s. 253-297.

VOTAVOVÁ, Milada. *Cesta do drogové závislosti a možnosti návratu*. In VALIŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 377-391. ISBN 978-80-247-1734-0.

VOTAVOVÁ, Milada. *Chápání smysluplnosti života jako součást změny životního stylu u mladistvých problémových uživatelů drog*. Referát přednesený na XII. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, konané ve dnech 21.-25. Května 2006.

VOTAVOVÁ, Milada. *Systém péče o mladistvé problémové uživatele drog a závislé jedince v České republice*. *Česko-slovenská pediatrie*, 2003, roč. 58, č 11, s. 681-688.

WALLACE, John. *Teorie léčby založené na 12 krocích*. In ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 17-32. ISBN 80-7169-836-9.